

Tarja Virta

KOTIHOIDON ASIAKKAAN KÄSITYS TOIMINTAKYVYSTÄÄN –
VERTAILUA RAVA-INDEKSIIN

Kuntoutusohjauksen ja -suunnittelun koulutusohjelma

Kuntoutuksen ohjaaja, AMK

2008

KOTIHOIDON ASIAKKAAN KÄSITYS TOIMINTAKYVYSTÄÄN – VERTAILUA RAVA-INDEKSIIN

Virta, Tarja
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Kuntoutusohjauksen ja – suunnittelun koulutusohjelma
Tammikuu 2009
Saaristo, Sirpa, Sallinen, Merja
YKL: 37.232
Sivumäärä: 42

Asiasanat: kotihoito, toimintakyky, vanhukset

Valtakunnalliset tavoitteet vanhusten osalta ovat, että vuoteen 2012 mennessä 91–92% yli 75-vuotiaista asuu itsenäisesti kotonaan. Tähän tavoitteeseen pyritään tarjoamalla ikääntyville henkilöille laadukasta kotihoitoa. Asiakkaan fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky vaikuttavat hänen yksilölliseen palveluntarpeeseensa. Opinnäytetyössäni perehdyin yksilön toimintakykyyn sekä sen mittaamiseen. Kerroin Äetsän kotihoidossa käytössä olevasta RAVA- toimintakykymittarista sekä RAVA- indeksistä.

Tutkimukseni tarkoituksena oli selvittää minkälaista tietoa RAVA- indeksi antaa asiakkaan toimintakyvystä ja millaisena asiakas itse kokee toimintakykynsä. Näiden tietojen pohjalta etsin vastausta siihen, kuinka nämä tulokset vastaavat toisiaan. Tutkimukseen osallistui harkinnanvaraisen otannan jälkeen viisi henkilöä, jotka olivat Äetsän kotihoidon asiakkaita. Aineisto kerättiin henkilökohtaisilla haastatteluilla ja analysoitiin käyttäen apuna sisällön analyysia.

Tutkimuksen tuloksista kävi selville, että RAVA- mittarin ja haastattelujen erot toimintakyvyssä eivät olleet suuria. Sen sijaan eroja tuli esille RAVA- indeksin ilmoittaman kotihoidon tarpeen arvioinnissa sekä ympäristön esteellisyyden vaikutuksissa toimintakykyyn.

EXPERIENCED FUNCTIONING OF HOMECARE CLIENTS – COMPARISON WITH RAVA-INDEX

Virta, Tarja

Satakunta University of Applied Sciences

Degree Programme in rehabilitation counselling and – planning

January 2009

Saaristo, Sirpa, Sallinen, Merja

PLC: 37.232

Number of Pages: 42

Key Words: homecare, functioning, elderly person

In Finland the national goal is to have 91-92 % of the elderly people living independently in their own homes by 2012. To reach this goal a high-quality homecare is needed. The physical, psychological and social functioning of a client affects the needs for services. In this final thesis individual functioning and it's measurement with RAVA- method is in the focus.

The purpose of this study was to find out what kind of information is reached by RAVA- index compared to person's experienced functioning. The basic study question was, "how the results of these two information sources are related". A purposive sample of five elderly clients from Äetsä homecare was chosen to the study. The study material was gathered by individual theme interviews and RAVA- index documents. Content analyzes was use for analysing the data.

The results show that the difference between experienced functioning and RAVA-measurement instrument was not big. However, when the need for homecare was evaluated the difference was recognized. Moreover the accessibility of the environment and its meaning to one's functioning could be found in the interview-data, but not in RAVA-data.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
2	TOIMINTAKYKY.....	7
2.1	Toimintakyky ja ikääntyminen	8
2.2	Toimintakyky ja elinympäristö.....	9
2.3	Toimintakyvyn biopsykososiaalinen arviointi- ja toimenpidemalli (BPS).....	10
2.3.1	Toimintakyvyn psyykkiset edellytykset.....	12
2.3.2	Toimintakyvyn fyysiset edellytykset	12
2.3.3	Toimintakyvyn sosiaaliset edellytykset	13
2.4	Toimintakyky sosiaaligerontologisesta näkökulmasta	14
3	RAVA- TOIMINTAKYKYMITTARI	15
3.1	RAVA- indeksi	16
3.2	RAVA- indeksi ja omaishoidontuki	18
4	TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TEHTÄVÄ	20
5	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	21
5.1	Tutkimusaineiston hankinta ja otos	21
5.2	Tutkimuksen luotettavuus ja pätevyys.....	23
5.3	Haastattelutilanteiden kuvaus	24
5.4	Materiaalin analysointitapa.....	25
6	TUTKIMUKSEN TULOKSET	26
6.1	Anni.....	26
6.2	Hilma.....	28
6.3	Paavo.....	30
6.4	Reino.....	32
6.5	Veera.....	35
7	JOHTOPÄÄTÖKSET	36
8	POHDINTA.....	37
	LÄHTEET.....	41
	LIITTEET	

Termiluettelo:

- **Kotihoito** on sosiaali- ja terveydenhuollon avopalvelua, joka sisältää sekä kotipalvelun että kotisairaanhoidon (Vaarama, Luomahaara, Peiponen & Voutilainen 2002, 55).
- **Valvottu/säännöllinen** kotihoito tarkoittaa säännöllisesti vähintään kerran viikossa saatavaa palvelua (Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008, 51).
- **Hoito- ja palvelusuunnitelma** on asiakirja tai asiakirjakokonaisuus, johon yhteistyössä asiakkaan kanssa kirjataan hänen tarvitsemansa palvelut ja hoito, niiden muoto ja arvioitu kesto. Samalla sovitaan suunnitelman tarkistamisen ja arvioinnin ajankohta. Asiakaslähtöisesti tehty asiakirja kokooa, rajaa ja tuo ilmi asiakkaan kuntoutumisen voimavarat ja kuntoutustarpeet, palvelujen, hoidon ja hoivan tarpeet sekä ehkäisevän työn mahdollisuudet. (Päivärinta & Haverinen 2002, 3.)
- **Palveluasuminen** sisältää asumisen (vuokra) ja siihen kiinteästi liittyvät hoiva- ja hoitopalvelut. Asunto voi olla oma huoneisto tai ryhmäkotityyppinen, missä asukkaalla on oma huone mutta muut tilat jaetaan muiden asukkaiden kanssa. (Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008, 52.)
- **Vanhainkotihoito** on ikääntyneiden laitoshoidon sosiaalitoimessa (Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008, 52).
- **Pitkäaikaishoito** terveyskeskuksen vuodeosastolla/hoivasairaanhoidon on terveyskeskusten yleislääkärijohtoisilla osastoilla annettavaa hoitoa. Palveluntuottaja voi olla myös jokin muu kunnallinen tai yksityinen. Hoito on pitkäaikaista, kun asiakkaalle tehdään pitkäaikaishoitopäätös tai asiakas on ollut hoidossa yli 90 vuorokautta. (Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008, 52.)

1 JOHDANTO

Opinnäytetyöni lähtökohdat saivat alkunsa käytännön työelämästä. Työskentelen tällä hetkellä Äetsän kunnan kotihoidossa sairaanhoitajana ja toiminnalleni luo perustan valtakunnallisten tavoitteiden lisäksi Äetsän kunnan vanhustenhuollon strategia vuoteen 2010. Valtakunnallisina tavoitteina vuoteen 2012 mennessä on, että yli 75-vuotiaista 91–92 % asuu kotona itsenäisesti. Näistä kotona asuvista henkilöistä 13–14 % saa säännöllistä kotihoitoa, 5-6 % hoidetaan kotona omaishoidon tuella ja 5-6 % elää kodissaan tehostetun palveluasumisen piirissä. Tavoitteena on, että vain 3 % yli 75-vuotiaista hoidetaan vanhainkodeissa tai pitkäaikaishoito- tai terveyskeskusten vuodeosastoilla. (Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008, 49.) Äetsän kunnan vanhustenhuollon toimintastrategia noudattelee valtakunnallisia tavoitteita ja kotihoidon tavoitteena on auttaa vanhuksia selviytymään kotonaan mahdollisimman pitkään ja tukea heidän yksilöllistä. Lisäksi tavoitteeksi on asetettu avohuollon ensisijaisuus sekä tehokas hoidon porrastus, jossa apuvälineenä käytetään RAVA- indeksiä. (Äetsän vanhustenhuollon toimintastrategia vuoteen 2010 2004, 4-10.)

Laadukkaan kotihoidon tulisi olla ennakoivaa, kuntoutumista edistävää ja sen tulisi vastata asiakkaiden fyysisiin, psyykkisiin, kognitiivisiin ja sosiaalisiin kuntoutumisen tarpeisiin. Samoin yksilötasolla palvelutarpeen arvioinnin tulisi olla laadukasta ja perustua toimintakyvyn eri ulottuvuuksien kattavaan arviointiin. Tämä arviointi tulisi tehdä moniammatillisena yhteistyönä ja huolehtia siitä, että se tehdään luotettavin työvälinein yhdessä asiakkaan ja hänen läheistensä kanssa. Arvioinnin tekijällä tulisi olla kokemusta niin tutkimusmenetelmien käytöstä, toimintakyvyn arvioinnista, tietojen analyysistä kuin tulosten tulkinnastakin. (Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008, 26–27.) Asiakaslähtöisyys tulee pitää mielessä ja aivan samalla tavalla kuin nuoremmilla henkilöillä, on ikääntyvilläkin käsitys tarvitsemastaan hoivasta ja palveluista. Heidät tulee ottaa mukaan suunniteltaessa, toteuttaessa ja arvioitaessa toimintaa. On muistettava, että asiakkaamme ovat hoidon laadun ja palvelun suhteen niin kokijoita, kontrolloijia, konsultteja kuin kehittäjiä. (Voutilainen, Vaarama, Backman, Paasivaara, Eloniemi-Sulkava & Finne-Soveri 2002, 38–39.)

Koska yksi kuntamme vanhustenhuollon toimintastrategian tavoitteista on tehokas hoidon porrastus, halusin opinnäytetyössäni vertailla tuloksia jotka saadaan, kun asiakkaan toimintakykyä mitataan RAVA- toimintakykymittarilla ja toisaalta asiaa kysytään suoraan asiakkaalta itseltään. Mukaan tutkimukseen valikoitui kvalitatiiviselle tutkimukselle tyypillisesti tarkoituksenmukaisesti, ei satunnaisotoksena viisi kotihoidon asiakasta, joiden RAVA- indeksi on 1,96–3,02 (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 160). RAVA- indeksit näistä asiakkaista oli laskettu hoito- ja palvelusuunnitelman tekemisen tai tarkistamisen yhteydessä.

2 TOIMINTAKYKY

Toimintakyvyllä voidaan suppeimmillaan tarkoittaa jonkin yksittäisen elimen ja elinjärjestelmän toimintaa tai elimistön toiminnallista kykyä selviytyä fyysistä ponnistelu edellyttävistä tehtävistä ja sille asetetuista tavoitteista. Fyysistä toimintakykyä tarkastellaan perinteisesti kykynä suoriutua päivittäisistä perustoiminnoista, joka on kuitenkin suhteellinen käsite koska tulos ei riipu vain ja ainoastaan yksilön toimintakyvystä vaan siihen vaikuttavat myös ympäristön toimintaedellytykset ja vaatimukset. Ihmisten fyysinen toimintakyky heikkenee suomalaisilla tutkimusten mukaan yli 75-vuotiailla ja miehillä enemmän kuin naisilla. (Rissanen 1999, 31–33)

Psyykkinen toimintakyky voidaan jaotella älylliseen eli kognitiiviseen toimintakykyyn, joka käsittää muistin, oppimisen, tiedon käsittelyn, toiminnan ohjauksen ja kielellisen toiminnan sekä ihmisen elämänhallinnan, mielenterveyden ja psyykkisen hyvinvoinnin sekä emotionaaliseen toimintakykyyn, johon sisältyvät mieliala, itsetunto, kyky tuntea mielihyvää. (Valtonen 2002, 8, Voutilainen & Vaarama 2005, 16.) Kognitiivinen toimintakyky käsittää. Psyykkiseen toimintakykyyn vaikuttavat elämän alkuvaiheen onnistumiset ja hyväksynnän tunteet sekä sitä kautta kehittynyt voimakas itsetunto ja selkeä minäkuva. Vanhenemisella ei ole psyykkisen toimintakyvyn muuttumisen kanssa niin selvää yhteyttä kuin esim. fyysiseen toimintakykyyn. (Rissanen 1999, 35–36.)

Sosiaalisesta toimintakyvystä antavat hyvän kuvan harrastusten määrä, osallistuminen tapahtumiin, kontaktit ystäviin ja omaisiin. Olemassa oleva yhteisö sekä henkilön kognitiiviset ja emotionaaliset valmiudet vuorovaikutussuhteeseen ja toimintaan siinä ovat hyvän sosiaalisen toimintakyvyn edellytyksiä. (Valtonen, Lahtinen & Paunio 2001, 9) Sosiaalinen toimintakyky edellyttää toteutuakseen niin fyysistä kuin psyykkistäkin toimintakykyä, koska henkilön on suoriuduttava sosiaalisista rooleistaan ja kyettävä toimimaan yhteiskunnan ja yhteisöjen jäsenenä. Sosiaaliset suhteet antavat elämälle merkityksen ja arvon tuoden sitä kautta elämään laatua. Sosiaalista toimintakykyä tarkastellaan läheissuhteiden määrällä sekä kontaktien tiheydellä. Ikääntyvät ihmiset itse arvostavat eniten kontakteja omiin lapsiinsa. Kuitenkin tutkimuksissa on todettu laajojen sosiaalisten verkkojen vaikuttavan positiivisesti ikääntyvien kaikkinaiseen hyvinvointiin. (Rissanen 1999, 40–41)

Toimintakyvyn on todettu heikkenevän asteittain yleensä jonkin rappeuttavan pitkäaikaissairauden takia. Ensin karsiutuvat vaativat päivittäistoiminnot, kuten yhteiskunnallinen harrastustoiminta (Advanced Activities of Daily Living, AADL). Seuraavassa vaiheessa ongelmia ilmenee ns. välinetoiminnoissa (Instrumental Activities of Daily Living, IADL), kuten pankkiasioden hoitamisessa, siivouksessa ja puhelimen käytössä. Lopulta toimintakyvyn heikkeneminen ulottuu päivittäisiin perustoimintoihin (Basic Activities of Daily Living, ADL), joiden on havaittu vaikeutuvan seuraavassa järjestyksessä: kävely, peseytyminen, sängystä ja tuolista siirtyminen, pukeutuminen, WC:ssä käyminen ja syöminen. (Kautto 2006, 107.)

2.1 Toimintakyky ja ikääntyminen

Usean vuosikymmenen ajan on vanhenemista koskevissa tutkimuksissa käyty keskustelua siitä, että miten meidän tulisi elää jotta vanhentuessamme säilyttäisimme toimintakykymme. Tutkimuksissa on ollut kaksi täysin toisistaan poikkeavaa teoriaa. Toinen on suositellut irtaantumista vähitellen sosiaalisista rooleista jättäen näin tilaa nuoremmille ihmisille ja toinen taas on puhunut aktiivisesta vanhenemisestä. Viime vuosina näistä kahdesta teoriasta jälkimmäinen aktiivisen vanhenemisen teoria on saanut enemmän kannatusta kansainvälisestikin. Tähän teoriaan liittyy kuitenkin uhkakuvia esim. niiden henkilöiden kohdalla joiden voimavarat eivät riitä kovin aktiiviseen elämään tai kenties he eivät haluakaan elää suositellun tavan mukaan. Tuollai-

nen aktiivinen vanheneminen vähentää tietenkin yhteiskunnan järjestettäväksi säädettyjen palvelujen ja hoivan tarvetta, mutta pitää muistaa että riippuvuus toisista ihmisistä on meidän inhimillinen oikeutemme ja siihen tulee ikääntyvien ihmisten voida myös luottaa. (Heikkinen & Marin 2002, 28–29.)

Arvioitaessa ikääntyvien ihmisten toimintakykyä tulisi meillä olla perustietoa normaaleista vanhenemiseen liittyvistä fyysisistä, psyykkisistä ja sosiaalisista muutoksista (Kivelä 2006, 17). Vanhuspotilaita arvioitaessa perinteinen lääketieteellinen lähestymistapa tulisi yhdistää toimintakyvyn selvittämiseen (Tilvis & Sourander 1993, 100). Vanhustenhoidossa ei pyritä ainoastaan sairauksien hoitoon, vaan aina on pyrittävä ylläpitämään tai parantamaan toimintakyvyn osa-alueita. Toimintakykyä pystytään vanhustenkin kohdalla usein parantamaan kuntoutumista edistävällä toiminnalla. Tähän toimintaan kuuluvat fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn edistämisen lisäksi hänen toimintakykynsä turvaaminen apuvälinein, asunnon esteettömyyden, ympäristön ja toisen henkilön avun turvin. (Kivelä 2006, 17.)

2.2 Toimintakyky ja elinympäristö

Valtioneuvoston strategia-asiakirjassa vuodelta 2007 pidetään tärkeänä, että ikääntyvillä on terveyden ja toimintakyvyn ylläpidon lisäksi sosiaalisia verkostoja, mahdollisuuksia mielekkääseen tekemiseen ja omien voimavarojen käyttöön sekä osallistumiseen (Hallituksen strategia-asiakirja 2007, 34).

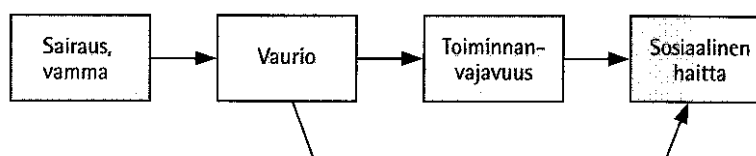
Panostus toimintakyvyn ylläpitoon merkitsee kunnissa sitä, että ikääntyneiden itsenäistä selviytymistä on tuettava elinympäristön ja arkipalveluiden kehittämistoimenpiteillä. Ikääntyvien lähipalvelut ja sosiaalinen ympäristö on saatava niin hyvin toimiviksi, ettei niistä muodostu ikääntyvän toimintakyvylle esteitä. Kunnissa näihin asioihin on tartuttu järjestämällä koordinoitua palveluohjausta, jolloin kunta on koonnut ja informoinut asukkaitaan esim. esittelemällä alueensa palveluntuottajia. Erilaiset yhdistykset ovat palkanneet henkilöitä avustamaan ikääntyviä tai olemaan heille seurana ja juttukaverina. Niin kunnat kuin yksityiset palveluntuottajat ovat kehittäneet erilaisia yhteistyömuotoja helpottaakseen ikääntyvien itsenäistä selviytymistä. Hyvinä esimerkkeinä voisi mainita kauppojen kauppakassi kotiin-järjestelmä, apteekkien valmiiksi pussitetut päivittäiset lääkeannokset sekä liikkumismahdolli-

suuksia lisäävä palveluliikenne. Iso osa toimintakykyä on mielenvirkeys ja sen säilyminen, joten kaikki ikäihmisille suunnatut koulutus- ja harrastustilaisuudet kuin myös ikäihmisten yliopistot ylläpitävät aktiivisuutta ja toimintakykyä (Välikangas 2006, 24–27).

Käsite elinympäristö sisältää rakennetun ympäristön, ikääntyvän jokapäiväisen elämän alueita sekä niissä elämisen laatuun ja elinolosuhteisiin vaikuttavia tekijöitä. Ikääntyvien tarpeet elinympäristön suhteen ovat usein pieniä, mutta on huomattava että elinympäristö voi mahdollistaa tai muodostua esteeksi kotona selviytymiselle (Välikangas 2006, 27). Kuntien tulisikin kaavoituksessa ja rakentamisessa pyrkiä esteettömyyteen myös ikääntyviä henkilöitä ajateltaessa. Ainakin kodin lähiympäristön tulisi olla turvallinen ja esteetön, ettei se rajoittaisi ikääntyvien liikkumista ja asiointia kodin ulkopuolella. (Vaarama ym. 2002, 9-10.)

2.3 Toimintakyvyn biopsykososiaalinen arviointi- ja toimenpidemalli (BPS)

1970- luvun loppupuolella Engel tuotti käsitteen biopsykososiaalisuus, jota Seija Talo on työryhmänsä kanssa kehitellyt. WHO esitteli Engelin kanssa lähes yhtä aikaa ICIDH- luokituksen (Kuva 1.).

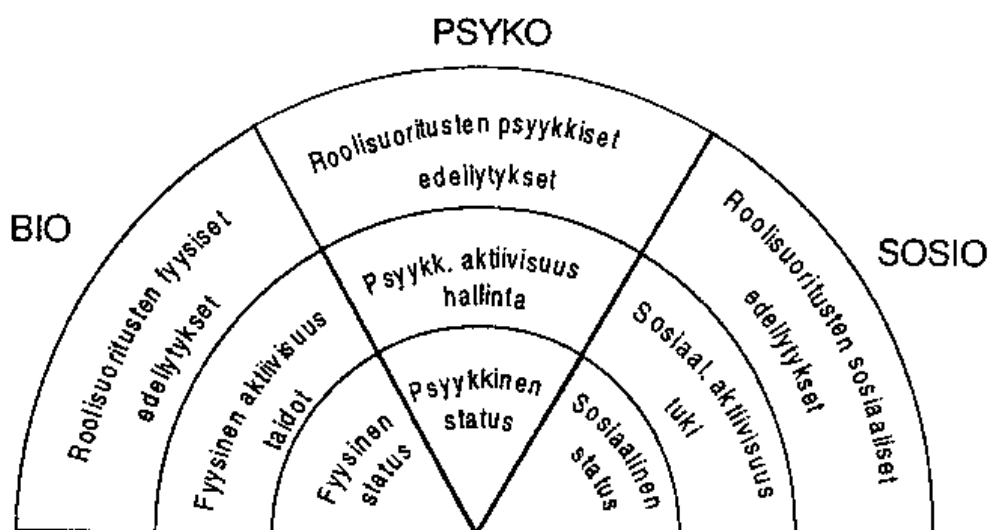


Kuva 1. Sairauden tai vamman seurausvaikutukset WHO:n ICIDH- mallissa (Järviskoski & Härkäpää 2006, 96).

Tässä WHO:n mallissa ajateltiin, että sairaus tai vamma aiheuttaa yksilölle jonkinlaisen vaurion (impairment). Tämä vaurio on puutos tai poikkeama yksilön fyysisessä tai psyykkisessä rakenteessa. Vaurio taasen aiheuttaa yksilölle eriasteisia toiminnanvajavuuksia (disability), jotka rajoittavat yksilön normaaleja fyysisiä ja psyykkisiä toimintoja. Sosiaalisen haitan (handicap) vaikutus näkyy yksilön selviytymisessä eri-

laisista tehtävistä, jotka olisivat normaaleja esimerkiksi hänen ikäiselleen. (Järvikoski & Härkäpää 2006, 96–97.)

Tämä WHO:n malli ei tuntunut tarpeeksi monipuoliselta ja siksi sen sektorit ja sen- neltiin ja luokiteltiin sisällöiksi sekä avattiin viuhkaksi (Kuva 2.). Viuhkamallin sek- toreiden solut määriteltiin avainsanoilla. Nämä sanat täsmentävät asiasisällöt, jotka ovat tärkeitä fyysisten, psyykkisten ja sosiaalisten edellytysten arvioinnissa, edistä- misessä, hoitamisessa ja kuntouttamisessa. Tämä viuhkamalliksi avaaminen oli to- della tärkeää, koska näin myös psyykkiset ja sosiaaliset tekijät koodattiin kriteeris- töksi toimintakyvyn edellytystenmäärittelijöinä. (Talo 1997a, 5.)



Kuva 2. Toimintakyvyn edellytysten biopsykososiaalinen 9- solunen arviointiritilä ja solujen avainsanat (Talo 2001, 38).

Biopsykososiaalisessa mallissa toimintakyky on terveyteen suhteessa oleva biopsy- kososiaalinen ja kolmiulotteinen toiminnallinen tila. Biopsykososiaalisuus toteutuu kaikkien kolmen ulottuvuuden dynaamisena vuorovaikutussuhteena. Arvioitaessa toimintakykyä biopsykososiaalisen mallin avulla tulee muistaa, että toimintakyky on aina samanaikaisesti fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista niin rakenteiden, toiminnan kuin osallistumisen tasolla. Käytännön työssä ei ole mahdollista mitata yksittäistä toimintakyvyn aluetta mutta toimintakyvyn edellytyksiä voidaan arvioida kokonai- suuksien avulla. (Talo 2001, 37–39.)

2.3.1 Toimintakyvyn psyykkiset edellytykset

Psyko- sektorin sisimmän eli I- solun (Impairment = vaurio – eheys) avainsanaksi valittiin psyykkinen status, joka määriteltiin tarkemmin perimän ja elämänhistorian säätelemänä persoonakehityksenä, minäkuvana ja mielentilana. Toimintakyvyn arvioimisen kriteereiksi tässä vaurio – eheys- solussa valikoituivat mielenterveys, kognitiiviset kyvyt ja distressi. (Talo 1997b, 3-4.)

Keskimmäisen D- solun (Disability = toiminnanrajoite – toimintavalmius) avainsanaksi tuli valituksi psyykkinen aktiivisuus, joka viittaa tunne-elämän, kognitiivisen arviointikyvyn ja ajatusrakennelmien sekä käyttäytymistä suuntaavien motiivien ja tarpeiden dynamiikkaan. Koettua stressiä ja stressin hallintaa arvioimalla pyritään pääsemään selville yksilön voimavaroista ja kokemasta stressistä. (Talo 1997b, 6.)

Psyko- sektorin H- solun (Handicap = haitta – selviytyminen) avainsanaksi valittiin roolisuoritusten psyykkiset edellytykset. Näillä roolisuorituksilla tarkoitetaan kokonaisvaltaista käyttäytymistä työssä sekä vapaa-ajan toiminnoissa ja harrastuksissa. Toimintakykyä arvioitaessa kriteereiksi täsmennettiin yksilön psyykkinen selviytyminen hänen työ- ja vapaa-ajan tehtävissään. Arvioinnissa haetaan tietoa itsetoteutuksen asteesta suhteessa työtehtäviin ja vapaa-ajan toimintoihin. (Talo 1997b, 8.)

Psykotason yksilöllinen käyttäytyminen riippuu biopsykososiaalisen mallin mukaan myös henkilön fyysisistä ja sosiaalisista toimintaedellytyksistä. Toimintakyvyn arviointi ei ole ainoastaan psyykkisen toiminnan tai osallistumisen arviota, vaan mukaan on otettava myös biotasoon kuuluvia fyysisiä ominaisuuksia. Näillä ominaisuuksilla saattaa olla osallistumista rajoittavia tai mahdollistavia vaikutuksia. (Talo 2001, 37–38.)

2.3.2 Toimintakyvyn fyysiset edellytykset

Kuvassa 2 olevan bio- sektorin I- solu määrittää avainsanalla fyysinen status, joka tarkoittaa perimään sidottua fyysistä rakennetta. Yksilö itse kokee fyysisen statuksen viittaavan ruumiinkuvaan, vaikka kyse on yksilöllisen elämänhistorian ja fyysisten käyttäytymistottumusten ehdollistuneen oppimisen asettamista rajoista. Arvioinnin

kriteereitä tarkennettaessa esille nousevat ruumiinrakenteen ja toiminnan ominaisuudet, orgaaniset löydökset sekä laajasti kuvattu sairauden/terveydentila. Näillä kriteereillä jokaisen yksilön materialistinen minä tulee määriteltyä. (Talo 1997c, 3-4.)

Bio- sektorin toiminnanrajoite – toimintavalmius- solun avainsana on fyysinen aktiivisuus, joka määritellään reaalielämässä toteutuvana kehonkäyttönä, fyysisinä suorituksina sekä taitoina. Arvioimalla näitä em. määreitä, oletetaan saatavan tietoa myös yksilön kehon käytöstä tai käyttämättömyydestä. Toimintakykyä arvioitaessa on näitä fyysisen suorituskyvyn kriteereitä mahdollisuus arvioida perinteisesti kliinisillä menetelmillä tai uudenaikaisilla teknisillä laitteilla. (Talo 1997c, 7.)

Haitta – selviytyminen- solun avainsana on roolisuoritusten fyysiset edellytykset. Tätä avainsanaa tarkennettaessa on tarkoitus verrata yksilön reaalielämässä toteutuvia työtehtäviä ja vapaa-ajan toimintoja hänen fyysisiin ominaisuuksiinsa, fyysiseen kapasiteettiin ja kehonkäyttöön. Toimintakykyä arvioitaessa pyritään selvittämään yksilön todellisia selviytymismahdollisuuksia työn ja vapaa-ajan toimintojen suorittamisessa. (Talo 1997c, 8.)

Biopsykososiaalisessa toimintakyvyn arvioinnissa ei ole kyse ainoastaan yksilöasioista. Biotason ongelmissa tulee muistaa, että yksilö liittyy aina johonkin sosiotason ilmiöön esimerkiksi omaan viiteryhmäänsä. Tällä ryhmällä ja siihen kuulumisella on omat vaikutuksensa yksilön käyttäytymiseen ja sitä kautta hänen biotason ongelmiinsa. (Talo 2001, 37–39.)

2.3.3 Toimintakyvyn sosiaaliset edellytykset

Avainsana sosio- sektorin I- solussa on sosiaalinen status, joka määritellään syntymisenä tiettyyn sosiaaliseen kenttään. Aivan kuten fyysistä ja psyykkistä statusta säätelevät ehdollistavat elämäntapahtumat, myös sosiaalinen status kehittyy elämänhistorian myötä. Täsmäntävinä kriteereinä ovat faktat, elämänhistoria ja elämäntilanne. Nämä kriteerit ilmentävät vaurioita tai eheyttä, jotka riippuvat arviointitilän muiden solujen muodostamasta yhteydestä. (Talo 1997d, 5.)

Samoin kuin bio- ja psyko- sektoreiden toiminnanrajoite – toimintavalmius- solussa, on myös sosio- sektorin avainsana aktiivisuus. Kuuluessaan erilaisiin ryhmiin niin lähi-ihmissuhteissaan kuin yhteiskunnankin tasolla, yksilö saa tukea sosiaaliselle aktiivisuudelleen. Tätä tukea voidaan arvioida täsmentämällä yksilön viiteryhmiä, yhteisöarvoja ja palvelutietoutta. (Talo 1997d, 7.)

Haitta – selviytyminen- solun avainsana on roolisuorituksista selviytyminen tarkoittaa sosio- sektorilla työn ja vapaa-ajan toimintoja helpottavia ja tukevia palveluja. Arvioitaessa työtehtävistä ja vapaa-ajan suorituksista selviytymistä tavoitteena on kuvata yksilön osallistumista roolisuorituksiin. (Talo 1997d, 10.)

Biopsykososiaalinen malli sosiotasolla ei tarkoita ainoastaan sitä, että persoonatason tekijät ilmenisivät vain yksilöllisenä toimintana. Sosiotasolla tutustutaan yksilön mahdollisuuksiin ja hänen potentiaalsiin resursseihinsa. Toimintakykyä arvioitaessa tulee sosiotasoon potentiaaliset resurssit suhteuttaa yhteisöjen tarjoamiin toimintamahdollisuuksiin. (Talo 2001, 42.)

2.4 Toimintakyky sosiaaligerontologisesta näkökulmasta

Jyrki Jyrkämä (2003) on artikkelissaan ottanut hyvin mielenkiintoisen näkökulman ikääntymiseen ja toimintakykyyn. Jyrkämä on tutustunut asiaan sosiologian ja muidenkin yhteiskuntatieteiden pohjalta. Näissä tieteenhaaroissa keskustellaan ja tematisoidaan ihmisen elämiseen liittyviä käsitteitä, jotka sivuavat ihmisen toimintakykyä hyvinkin läheltä. Sosiaalipolitiikassa keskustelut kohdistuvat useasti ihmisten elämänhallintaan tai erilaisiin elämäntapahtumiin, joista johdatellaan keskustelu elämänlaatuun ja ihmisten hyvinvointiin. Sosiaalisen toimintakyvyn selvittely ja selvittäminen on ongelmallista, koska siinä yhdistyvät niin yksilö, yhteisö kuin ympäristökin. Nämä komponentit jo yksinään ovat hyvin moniulotteisia ja silloin kun niitä pitäisi pohtia yhdessä sekä miettiä niiden vaikutuksia toisiinsa, ollaan ongelmavyödytyksessä jonka selvittäminen ei ole yksiselitteistä.

Jyrkämän (2003) mukaan perinteisesti sosiaalista toimintakykyä on mitattu, aivan kuten fyysistä ja psyykkistäkin, jollakin mittarilla. Tällöin kuitenkin helposti käy niin, että toimintakyky irrotetaan siihen kiinteästi kuuluvasta yhteydestä ja toiminta-

kykyä tarkastellaan vain mahdollisena toimintakykynä. Yhtenä ratkaisuna tähän olisi se, että mitattaisiin eroa mahdollisen ja käytössä olevan toimintakyvyn välillä. Tulisiko tällaisesta erotusten mittaamisesta kovin hankalaa? Todennäköisesti, koska toiminta liittyy aina johonkin kontekstiin ja toimintatilanteeseen, eikä sitä voi siitä irrottaa ilman että sen merkitys samalla muuttuisi.

Jyrkämä (2003) kehittää ajatusta, jossa todellakin eroteltaisiin potentiaalinen, resurssien muodossa oleva toimintakyky ja aktuaalinen, käytössä oleva toimintakyky. Tällöin toimintakykyä ei nähtäisi ihmisen eri tavoin mitattavana ominaisuutena, vaan toimintana, tapahtumisena konkreettisissa toimintatilanteissa, joihin vaikuttavat niiden fyysiset ja sosiaaliset ympäristölliset puitteet. Tämä hahmottelu johti Jyrkämän pohtimaan asiaa vielä osaamisen, kykenemisen, täytymisen, haluamisen ja tahtomisen näkökulmista. Kuinka paljon noilla käsitteillä olisi merkitystä pohdittaessa ihmisen toimintakykyä.

3 RAVA- TOIMINTAKYKYMITTARI

RAVA- mittari (Liite 1) on kehitelty kahden lääkärin Tapio Rajalan ja Eero Vaissin yhteistyönä 1980-luvun lopulla Turussa. Mittarin kehittämisessä on otettu huomioon testattavan toimintakyky, muistitoiminnot ja mieliala. RAVA- mittaria voidaan käyttää yksilötasolla niin avo- kuin laitoshoidossakin avun, palvelun ja kuntoutuksen tarpeen kartoitukseen. Arvioinnin kohteina ovat seuraavat päivittäisen toiminnan alueet: näkö, kuulo, puhe, liikkuminen, rakon- ja suolen toiminta, ruokailu, lääkitys, pukeutuminen, peseytyminen, muisti ja psyyke. (Valtonen 2002, 10–11.)

RAVA- toimintakykymittaria ja sen käyttöä on tutkittu useita kertoja. Syksyllä 2004 käynnistyi Suurten kaupunkien 4. RAVA- tutkimus. Tutkimukseen osallistui 11 kaupunkia: Espoo, Helsinki, Jyväskylä, Kotka, Kuopio, Lahti, Oulu, Pori, Tampere, Turku ja Vantaa. Vastaavanlainen tutkimus on tehty vuosina 1998, 2000 ja 2002. Yksi tutkimukseen johtanut syy on se, että kunnat tarvitsevat kehittääkseen ja organisoidakseen toimintaansa yhdenmukaisesti tuotettua tietoa. Tuon tiedon tulee mahdol-

listaa eri toimipisteiden ja hoitomuotojen vertailun keskenään ja lisäksi pitää kyetä vertailemaan kunnan omaa toimintaa muiden vastaavan tyyppisten kuntien toimintaan. Tutkimuksen tavoitteena oli saada tietoa suurten kaupunkien palvelurakenteista sekä ikäihmisten toimintakyvystä eri palvelu- ja hoitomuodoissa. Lisäksi tavoitteena oli vertailla palvelurakenteessa ja ikäihmisten toimintakyvyssä vuosina 1998–2004 tapahtuneita muutoksia. (Sjöholm, Talvinko & Paunio 2005, 2.)

Tämä 4. tutkimuksen aineisto kerättiin yli 65-vuotiaista säännöllisen hoidon ja palvelun piirissä olevilta asiakkailta. Tutkimuksen ulkopuolelle jäivät ne yli 65-vuotiaat, jotka saivat pelkästään tukipalveluja, olivat tilapäisesti ja satunnaisesti kotihoidon asiakkaina tai olivat erikoissairaanhoidon, akuutin vuodeosastohoidon, terveyskeskuksen avovastaanoton, päivätoiminnan, kehitysvamma- ja päihdehuollon asiakkaana. (Sjöholm ym. 2005, 10–11.)

Tutkimuksen johtopäätöksissä tuli esiin se, että säännöllinen hoivapalvelujen käyttö alkaa vasta 75- ikävuoden jälkeen ja avuntarve lisääntyy siten, että 85 vuotta täyttäneistä noin puolet tarvitsee ulkopuolista apua. RAVA- indeksin arvo ei eri ikäryhmien välillä kovinkaan paljon muuttunut, joten ikä ei selitä palvelujen saajien hoidon tarvetta vaan siihen vaikuttavat muut tekijät. Eri kaupunkien välinen ero palveluiden peittävyudessa vaihteli 9,8 %:sta 15,7 %:iin. Näinkin suuret erot selittynevät sillä, että kaupungeissa käytetyt hoitoon ottamisen kriteerit ovat erilaiset tai asiakkaita on ohjattu yksityisten palvelujen käyttäjiksi. (Sjöholm ym. 2005, 71.)

3.1 RAVA- indeksi

RAVA- mittarista saatujen perusarvojen avulla lasketaan henkilölle RAVA- indeksi, joka kertoo hoidon ja hoivan tarpeesta. RAVA- indeksi voi vaihdella 1,29–4,02 välillä (Taulukko 1). Indeksien kasvaessa asiakkaan toimintakyky heikkenee ja hoidon sekä hoivan tarve kasvaa. RAVA- indeksin laskemisessa apuna käytetään pohjalukua (-0.1840) ja siihen lisätään luokkia vastaavat painoarvot (Liite 2).

Taulukko 1. RAVA- indeksin arvot, luokat ja avun tarve.

RAVA- indeksin arvo	RAVA- luokka	Avun tarve
1,29–1,49	1	Satunnainen
1,50–1,99	2	Tuettu hoito
2,00–2,49	3	Valvottu hoito
2,50–2,99	4	Valvottu hoito
3,00–3,49	5	Tehostettu hoito
3,50–4,02	6	Täysin autettava

Lähde: Valtonen 2002, 13.

Voutilainen ja Vaarama selvittivät tutkimuksessaan mitä toimintakykymittareita kunnissa käytetään, kun siellä tehdään päätöksiä palveluiden myöntämisestä tai kun arvioidaan ikääntyneiden kuntalaisten palvelutarvetta. Lisäksi tutkimuksessa analysoitiin yleisimmin käytössä olevien toimintakykymittareiden sisältöjä, kun niitä verrattiin laajaan toimintakyvyn käsitteeseen. Tutkimuksessa selviteltiin myös sitä, kuinka nopeasti ikääntyneiden palvelutarve arvioitiin kiireellisissä ja ei- kiireellisissä tapauksissa. Tutkimuksen aineisto kerättiin Manner- Suomen kuntien ikääntyneiden palveluista vastaavilta henkilöiltä. (Voutilainen & Vaarama 2005, 8.)

Tutkimuksen tuloksena selvisi, että päätökset palvelujen saannista perustuivat vain osittain hakijan toimintakyvyn arviointiin. Kirjallinen ohjeistus palvelutarpeen arvioinnin yhteydessä tapahtuvasta toimintakyvyn arvioinnista oli vain vajaassa 40 prosentissa kyselyyn vastanneista kunnista. Fyysistä toimintakykyä arvioitiin pääsääntöisesti RAVA- indeksillä, muita fyysisen toimintakyvyn mittaamiseen kehitettyjä mittareita käytettiin hyvin vähän. Tuloksista selvisi myös se, että ikääntyneiden fyysistä toimintakykyä mitattiin vajaassa viidenneksessä kyselyyn vastanneista kunnista vähintään kahdella eri mittarilla. Kognitiivista toimintakykyä arvioitiin useammilla mittareilla, joista käytetyimmät olivat MiniMental State Examination (MMSE)- mittari, CERAD- tehtäväsarja ja RAVA- indeksi. Tämänkin toimintakykyalueen mittauksissa yli puolet vastanneista kunnista käytti vähintään kahta mittaria arvioinnissa. Psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn mittaaminen samoin kuin ympäristötekijöiden esim. asuinympäristön esteettömyyden arviointi olivat vähäistä tai jopa erittäin vähäistä. (Voutilainen & Vaarama 2005, 38–39.)

Pirkanmaan alueen kuntien RAVA- selvitys 2001 esitettiin tehtäväksi käyttäen RAVA- indeksiiä, näin saataisiin samalla kokemuksia RAVA- indeksin käytöstä. Sel-

vitykseen osallistui 12 Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kuntaa. (Valtonen, Lahtinen & Paunio 2001, 7-8.)

Selvityksessä olivat mukana kaikki kuntien yli 65-vuotiaat, jotka käyttivät säännöllisesti kunnan avo- tai laitospalveluja ja heille oli tehty hoito- ja palvelusuunnitelma. Selvityksessä ei huomioitu henkilöitä, jotka saivat kunnasta tilapäistä kotihoitoa tai pelkästään tukipalveluja.

Hoitomuodoittain aineisto koottiin seuraavasti:

- kotihoito, sisältäen kotisairaanhoidon ja kotipalvelun
- tavallinen palvelutalo, jossa ei ole ympärivuorokautista hoitoa/palveluja
- tehostettu palvelutalo, jossa hoitoa/palveluja on saatavana tarvittaessa ympäri vuorokauden
- vanhainkotihoito
- pitkäaikaissairaanhoito terveystieteiden keskuksen vuodeosastolla tai hoivasai raalassa
- omaishoito

(Valtonen ym. 2001, 13.)

Selvityksen perusteella voitiin todeta, että kuntien vanhuspalveluiden järjestämistavoissa ja peittävydessä oli suuria eroja. Melkein kaikissa kunnissa vanhainkotien asukkaat olivat huonokuntoisempia kuin pitkäaikaissairaanhoidossa olleet asiakkaat. Kunnissa, joissa laitoshoidon osuus oli suuri, vanhainkotihoito korvasi palveluasumista. Kaiken kaikkiaan kodin ja laitoksen väliin sijoittuvien asumispalvelujen osuus oli melko vähäistä. Yleisin hoitomuodoista n. 50 %:lla oli kotihoito, jonka asiakkaista lähes neljännes sijoittui kevythoitoisimpaan RAVA- luokkaan. Näin ollen kotihoitoon palveluiden kohdentamisessa ja kriteereiden tarkistamisessa näyttäisi olevan tarkistamisen tarvetta. (Valtonen ym. 2001, 42.)

3.2 RAVA- indeksi ja omaishoidontuki

Kokonainen elämä kotona- hankkeen aikana Sastamalan perusturvakuntayhtymän alueelle valmisteltiin seutukunnalliset ohjeet omaishoidon tuen myöntämiseksi. Tavoitteena oli, että kaikki seutukunnan kunnat hyväksyisivät nämä yhtenevät ohjeet päätöksentekonsa pohjaksi. Hankkeessa mukana olleet kunnat olivat Kiikoinen, La-

via, Mouhijärvi, Suodenniemi, Vammala ja Äetsä. (Seutukunnalliset omaishoidontuen myöntämiskriteerit 2008.)

Omaishoidon tukea haetaan kuntien yhteisesti laatimalla hakemuksella ja liitteeksi tulee toimittaa selvitys terveydentilasta ja toimintakyvystä. Selvityksen ei tarvitse olla lääkärinlausunto, vaan sen voi antaa myös esim. terveydenhoitaja. Lausunto ei saa olla vuotta vanhempi ja mikäli terveydentila on lausunnon antamisesta olennaisesti muuttunut, tulee hakijan toimittaa uudempi lausunto. Lisäksi asiakkaan kotiin tehdään kotikäynti, jotta saadaan selkeä kuva hänen terveydestään ja toimintakyvystään. (Seutukunnalliset omaishoidontuen myöntämiskriteerit 2008.)

Omaishoidon tuesta on laadittava yhdessä hoidettavan ja omaishoitajan kanssa hoito- ja palvelusuunnitelma (L 2.12.2005/937, § 7). Pohjana tulisi käyttää yhteisesti laadittua suunnitelmalomaketta. Suunnitelman laadinnan yhteydessä mahdollisesti käytettävät testit (esim. Mini Mental) laitetaan suunnitelman liitteeksi. Tuki myönnetään rahana tai rahana ja palveluna. Tapa, jolla tuki myönnetään, kirjataan hoito- ja palvelusuunnitelmaan sekä omaishoitajan kanssa laadittavaan sopimukseen. Hoitopalkkion tuen määrä riippuu kulloinkin voimassa olevasta maksuluokituksesta. Palkkion taso määräytyy hoidon sitovuuden ja vaativuuden mukaan. Hoitopalkkio on luokiteltu kolmiportaiseksi. (Seutukunnalliset omaishoidontuen myöntämiskriteerit 2008.)

Tuen myöntämiskriteerit luokittain ovat seuraavat:

I Maksuluokka

Hoidon määrä ja sitovuus on laitoshoidon tasoa, ympärivuorokautista tai hoidettava otetaan pitkäaikaisesta laitoshoidosta kotihoitoon. Avuntarve on jatkuvaa päivittäisissä henkilökohtaisissa toiminnoissa ja myös yöaikaan tarvitaan runsaasti hoivaa ja huolenpitoa. Hoidettavaa ei voi jättää yksin eikä hän voi asua yksin.

RAVA- indeksi 3,5 – 4,02, asumisvaihtoehtona on tehostettu palveluasuminen tai vanhainkoti.

II Maksuluokka

Hoivaa ja huolenpitoa tarvitaan runsaasti kaikissa päivittäisissä henkilökohtaisissa toiminnoissa ja/tai hoidettava tarvitsee muistamattomuuden vuoksi säännöllistä valvontaa. Pääsääntöisesti hoito sitoo hoitajan ympäri vuorokauden. Hoidettavan voi jättää yksin lyhyiksi hetkiksi, mutta hän ei voi asua yksin. Muistihäiriöistä kärsivillä tulee olla diagnostisoitu vaikea muistihäiriö.

RAVA- indeksi 2,5 – 3,49, asumisvaihtoehtona palveluasuminen palveluineen.

III Maksuluokka

Apua tarvitaan päivittäisissä henkilökohtaisissa toiminnoissa. Hoidettavan voi jättää joksikin aikaa yksin ja hän voi asua tuetusti yksin. Hoito kuitenkin sitoo omaishoitajaa säännöllisesti ja useita kertoja päivässä. Pääsääntöisesti hoidettava ei tarvitse apua yöaikaan. Ilman omaishoitajaa tarvittaisiin päivittäin runsaasti kotiin tuotettavaa hoivaa ja tukipalveluita.

RAVA- indeksi alle 2,5, vaihtoehtona tukipalvelut ja kotihoito.

(Seutukunnalliset omaishoidontuen myöntämiskriteerit 2008.)

4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TEHTÄVÄ

Palvelutarvetta arvioitaessa toimintakyvyn arviointi takaa asiakkaalle yksilöllisen jatkuvuudeltaan turvatun ja hyvin koordinoitun palvelun ja palvelut tulevat kohdennettua tehokkaasti (Voutilainen & Vaarama 2005, 8).

Tutkimukseni tavoitteena on selvittää minkälaista tietoa RAVA- indeksi antaa asiakkaan toimintakyvystä ja millaisena asiakas itse kokee toimintakykynsä. Lisäksi on tarkoitus vertailla näiden kahden tuloksen yhteneväisyyttä ja eroja. Halusin vertailla asiakkaiden omia kokemuksia mittarilla saatuihin tuloksiin, koska useissa kunnissa RAVA- indeksiä käytetään asiakkaiden palvelutarpeen arvioinnissa ja jatkohoitopaikkojen valinnassa (Voutilainen & Vaarama, 49).

Aikaisempien tutkimuksien ja käytännön mukanaan tuoman epävarmuuden vuoksi lähdin tutkimuksessani etsimään vastausta kysymykseen:

Miten RAVA- indeksi ja haastattelujen tulokset asiakkaan toimintakyvystä vastaavat toisiaan?

5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Opinnäytetyöni tein tämän hetkiseen työhöni liittyen kotihoidosta. Äetsässä kotihoidon asiakkaina on kaiken ikäisiä henkilöitä, mutta enemmistö asiakkaista on ikääntyviä ja sen vuoksi opinnäytetyöni aihe liittyi ikääntyviin henkilöihin ja tutkimus oli kvalitatiivinen. Kvalitatiiviselle tutkimukselle tyypillistä on se, että tutkimuksen tieto hankitaan kokonaisvaltaisesti, luonnollisissa ja todellisissa tilanteissa. Tiedon kerääjänä on ihminen ja metodeina käytetään esim. haastatteluja tai havainnointia. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa usein tutkimussuunnitelma muotoutuu vasta tutkimuksen edetessä. (Hirsjärvi ym. 2007, 160.)

5.1 Tutkimusaineiston hankinta ja otos

Kvalitatiiviseen tutkimusmenetelmään tutkimusaineiston hankintamenetelmäksi sopii haastattelu. Tutkimustyyppinä oli tapaustutkimus. Tällöin tutkimustietoa voidaan kerätä yhdestä ja samasta henkilöstä erilaisilla tiedonkeruumenetelmillä (Järvikoski & Härkäpää 2006, 236). Oman tutkimukseni aineiston keräsin haastattelemalla ja asiakkaan asiakirjoja tutkimalla. Tapaustutkimus soveltuu hyvin tutkimuksiin, joissa tarkastellaan ja kuvaillaan käytännön ongelmia kokonaisvaltaisesti irrottamatta niitä yhteyksistään yksittäisiksi tilanteiksi tai tapahtumiksi. Olennaista tapaustutkimukselle on, että se kohdistuu nykyhetkeen ja tapahtuu todellisessa tilanteessa, jota ei tutkija voi keinotekoisesti järjestää. (Syrjälä, Ahonen, Syrjäläinen & Saari 1996, 10–11.)

Kvalitatiivinen tapaustutkimus lähtee siitä, että yksilöllä on kyky tulkita elämänsä tapahtumia ja muodostaa merkityksiä omasta maailmastaan. Tapaustutkimus yhdistelee taustateorioita ja ilmiöitä luonnollisessa ympäristössään kokonaisvaltaisesti. Osallistujien ääni kuuluu esim. suorina lainauksina puheesta. Tutkija hankkii aineis-

ton avoimesti ja strukturoimatta olemalla vuorovaikutuksessa tutkittavan kanssa. Huomattavaa on se, että tutkija on tapaustutkimuksessa mukana koko persoonallisuudellaan ja hän muodostaa oman käsityksensä tutkittavasta ilmiöstä. Vaikka kvalitatiivinen tapaustutkimus mahdollistaa induktiivisen päättelyn, ei siinä kuitenkaan pyritä tarkkojen ja ennalta asetettujen hypoteesien todentamiseen. (Syrjälä ym. 1996, 13–15.)

Tapaustutkimuksen kohde voidaan valita hyvin erilaisin perustein. Tutkija saattaa etsiä tuloksia, jotka olisivat siirrettävissä toisiin samanlaisiin tilanteisiin. Toisaalta voidaan arvioida kriittisesti jotakin teoreettista mallia tai käsitejärjestelmän pätevyyttä. Tapaustutkimus voi olla hyvin ainutkertainen tai poikkeuksellinen, jolloin olisi mahdollisuus oppia tuntemaan jonkin ilmiön yleisiä piirteitä. Tutkija voi tehdä tutkimuksessaan myös paljastuksia, joita ei aikaisemmin ole ilmiöstä päästy kuvaamaan. (Syrjälä ym. 1996, 23.)

Tapaustutkimuksessa tutkittavien valinta ei perustu satunnaisotantaan vaan käytetty otantamenettely on tarkoituksellista eli harkinnanvaraista. Tällainen menettely on mahdollista silloin kun tutkimuksessa ei haeta vastauksia kysymyksiin ”kuinka moni ja kuinka usein”, vaan tarkoitus on ratkaista joitakin ongelmia. Tutkija voi itse kehittää kriteerit, joiden pohjalta otanta tehdään. (Syrjälä ym. 1996, 23.) Omassa tutkimuksessani otoksena oli viisi kotihoidon ikääntynyttä asiakasta, joiden RAVA-indeksi on 2 – 2,99. Todellisuudessa rajaukseksi tuli 1,96 – 3,02, joka RAVA-indeksinä tarkoittaa sitä että asiakas on valvotun/säännöllisen kotihoidon tarpeessa. Lisäksi haastateltavien tuli muistinsa puolesta kyetä kommunikoimaan asiallisesti tilanteestaan, joten ne joiden RAVA-indeksi olisi ollut rajaukseen sopiva, mutta muisti oli tuntuvasti heikentynyt, jäivät otoksen ulkopuolelle.

Varsinainen tutkimusaineiston hankinta alkoi siitä, että kotihoidon asiakkaiden toimintakykymittauksia päivitettiin kotihoidon työntekijöiden toimesta. Toimintakyvyn mittaamisesta ei kenelläkään tutkimukseen osallistuneista ollut kulunut aikaa yli kahatta kuukautta. Koska tutkimukseen osallistuvien tuli kyetä arvioimaan haastattelussa omaa toimintakykyään, ei osallistujien muistissa voinut olla suurta alenemista. Itse aloitin aineiston teoreettisen tiedon keräämisen ja hankin tutkimusluvan kunnan perusturvajohtajalta (Liite3). Koska tarkoitukseni oli tarkastella toimintakykyä mahdol-

lisimman laaja-alaisesti, selvitin itselleni toimintakyvyn biopsykososiaalisen mallin ja ikääntyvien henkilöiden toimintakykyä sekä sen muutoksia. Aikaisempia tutkimuksia RAVA- toimintakykymittarin käytöstä löytyi melko hyvin ja RAVA- indeksiä oli tutkimuksissa vertailtakin toisten toimintakykymittareiden antamiin tuloksiin. Näiden teoreettisten tietojen hankkimisen ohessa kehittelin haastattelulomaketta, joka antaisi vastauksia asettamaani tutkimuskysymykseen. Haastattelun kysymykset hahmottuivat vähitellen, kun avasin RAVA- toimintakykymittarin sisältöä itselleni. Kysymykset, joita tulisin käyttämään testasin ennakoon kahdella kotihoidon asiakkaalla. Nämä asiakkaat eivät olleet valvotun kotihoidon tarpeessa, mutta onnistuin selvittämään heidän avullaan haastattelun kysymysten sopivuuden. Ennakkotestauksen jälkeen muutoksia tuli ensimmäiseen kysymykseen. Laaja-alainen kysymys päivittäisestä toimintakyvystä ei sinällään toiminut, vaan kysymystä tuli tarkentaa alakohtilla, jotka selviävät liitteenä olevasta haastattelulomakkeesta (Liite 4).

5.2 Tutkimuksen luotettavuus ja pätevyys

Vaikka kvalitatiivisessa tutkimuksessa ei välttämättä puhuta samanlaisesta luotettavuudesta ja pätevyydestä kuin kvantitatiivisessa, on niitä pystyttävä jollakin tavalla arvioimaan. Laadullisessakin tutkimuksessa tulee tutkijan tarkasti kertoa mitä hän on tutkimuksessaan tehnyt ja millä tavalla hän on päätenyt saatuihin tuloksiin. Lisäksi erittäin tärkeätä on henkilöiden, paikkojen ja tapahtumien kuvaukset. Validiutta mietittäessä selvitetään kuvauksien, selitysten ja tulkintojen yhteensopivuutta sekä sitä, onko selitys luotettava. Tätä laadullisen tutkimuksen luotettavuutta lisää huomattavasti tutkijan tarkka selvitys tutkimuksen toteuttamisesta. Selvitys tulee tehdä kaikista tutkimuksen vaiheista, niin haastattelutilanteiden olosuhteista ja paikoista kuin niissä mahdollisesti esiin tulleista häiriötekijöistäkin. (Hirsjärvi ym. 2007, 227)

Tutkimuksen luotettavuudesta keskusteltaessa voidaan laadullisessa tutkimuksessa käyttää käsitettä uskottavuus. Tutkijan tulisi tutkimuksen eri vaiheissa kirjata ylös omia tuntemuksiaan, havaintojaan ja ajatuksiaan. Nämä tutkijan omat tuntemukset tulisi tutkimuksen raportointivaiheessa tuoda julki, koska ne voivat vaikuttaa saadun tiedon syvällisyyteen ja luotettavuuteen. Tutkimusolosuhteiden vaikutus voi olla merkittävä esim. haastattelun onnistumiselle. (Syrjälä ym. 1996, 100.)

Laadullisen tutkimuksen tutkimustilanne on aina ainutkertainen ja dynaaminen, jolloin tutkijan on hyvä tutkimuksensa luotettavuutta arvioidessaan suorittaa koko tutkimustilanteen arviointi. Perinteinen tutkimusten objektiivisuus on usein hankala järjestää laadullisissa tutkimuksissa ja sen vuoksi olisikin parempi käyttää käsitettä vahvistettavuus. Tämä vahvistettavuus olisi aineiston käsittelyvaiheen etäisyyden ja neutraaliuden kriteeri ja sen arvioimiseksi tarvitaan ulkopuolinen tarkastaja. (Syrjälä ym. 1996, 101 – 102.)

Tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttavat edellisten lisäksi aineiston aitous ja relevanssi. Onko tutkija saanut tutkittavilta tietoa niin, että he ovat ilmaisseet asiassa oman mielipiteensä eivätkä sitä mitä ovat olettaneet tutkijan halunneen kuulla. Aineiston relevanssiin vaikuttaa paljon tutkijan perehtyneisyys asiaan ja teoreettiseen tietoon. Asiassa pysyminen ei ole tutkimusta tehtäessä mitenkään itsestäänselvyys, vaan ajatus voi harhailla niin aineiston keruu kuin analysointivaiheessakin. (Syrjälä ym. 1996, 153 – 154.)

5.3 Haastattelutilanteiden kuvaus

Haastattelutilanteet olivat periaatteessa ulkoisilta puitteiltaan hyvin samanlaisia, koska ne tapahtuivat kaikki asiakkaiden kotona. Olin ennen haastatteluja ollut kaikkiin haastateltaviin yhteydessä ja kertonut heille opinnäytetyöstäni sekä sen aihealueesta. Näiden yhteydenottojen aikana sovimme, että tuon itse haastattelutilanteeseen sopimuslomakkeen suostumisesta haastateltavaksi (Liite 5). Haastattelujen aluksi kerroin vielä uudelleen mitä opinnäytetyöni tulisi käsittelemään ja luimme yhdessä haastateltavien kanssa suostumuslomakkeen läpi ennen allekirjoitusta.

Anni, joka asuu yksin mukavuuksilla varustetussa omakotitalossa, ei oikein ollut varma kuka häntä on tulossa haastattelemaan. Ennen haastattelun alkamista tämä asia aiheutti pientä jännitystä, jota lisäsi vielä se, että Anni on melkein sokea ja hänen poikansa oli kieltänyt päästämästä ketään sisälle. Jännitteet katosivat, kun Annille selvisi, että haastatteli on tuttu henkilö. Itse haastattelu tehtiin hänen olohuoneessa ja saimme olla täysin kahdestaan 6. kysymykseen saakka. Tuossa vaiheessa miniä tuli käymään selvittääkseen, kuinka Anni oli saanut lounaan tehdyksi. Tervehtimisen

jälkeen miniä siirtyi keittiöön ja jätti meidät jälleen keskenämme jatkamaan haastattelua.

Hilma asuu kahdestaan hoitajana toimivan sisarensa kanssa mukavuuksilla varustetussa rivitaloasunnossa. Sisar oli läsnä haastattelutilanteessa ja vaikka tilanne vaikutti luontevalta sekä rennolta jäi minulle vaikutelma pienestä jännitteestä. Tulikohan kaikki asiat sanotuksi vai jäikö jotakin sanomatta?

Paavo asuu omaishoitajana toimivan vaimonsa kanssa rivitaloasunnossa, johon on tehty muutostöitä ajatellen pyörätuolilla liikkuvaa Paavoja. Haastattelun aikaan vaimo oli kotosalla, mutta antoi meidän olla kahdestaan huoneiston keittiössä

Reino asuu omaishoitajana toimivan vaimonsa kanssa omakotitalossa. Taloon on tehty muutostöitä, jotka helpottavat Reinon liikkumista pyörätuolilla ja mahdollistavat hoito- ja hoivatoimenpiteet sisällä. Haastattelun alussa vaimo auttoi Reinon pyörätuoliin ja siirsi hänet keittiön pöydän viereen istumaan. Tämän jälkeen vaimo lähti omiin töihinsä talon toisiin huoneisiin, joten saimme olla haastattelun ajan kahdestaan.

Veera asuu yksinään hissittömän kerrostalon toisessa kerroksessa. Asuntoon on tehty muutostöitä, jotka helpottavat pyörätuolilla liikkuvan Veeran selviytymistä kotona. Haastattelun aikana istuimme kahdestaan olohuoneessa. Ennen haastattelun alkua tiedustelin haluaisiko Veeraa istua nojatuolissa vai pyörätuolissaan ja hän valitsi nojatuolin. Haastattelun kestäessä yli tunnin huomasin selvästi kuinka Veeraa väsyi ja siksi pidimme pieniä taukoja kysymysten välillä.

5.4 Materiaalin analysointitapa

Koska tarkoitukseni on vertailla asiakkaan RAVA- indeksiä ja hänen omaa mielipidettään toimintakyvystään, on jokaisen haastattelun asiakkaan RAVA- mittarin tiedot avattava. Tuloksien analyysi tapahtui käyttäen apuna sisällön analyysiä. Muodostin RAVA- mittarin ja haastattelun pohjalta teemoja, joiden avulla tulokset oli mahdollista jakaa pienempiin osiin ja niiden analysointi oli selkeämpää.

Teemoiksi valitsin:

- näkö, kuulo ja puhe
- päivittäiset toiminnot
- lääke
- muisti
- psyyke

6 TUTKIMUKSEN TULOKSET

Selventääkseni RAVA- mittaria ja siitä saatuja tuloksia, olen liittänyt työhöni esimerkkejä toimintakykyarvion tekemistä varten (Liite 6). Arviota tehtäessä on huomioitava myös mittarin luojien ohje, joka opastaa merkitsemään asiakkaan toimintakyvyn vaihdellessa huonompaa tilaa kuvaavan vaihtoehdon (Valtonen 2002, 16).

Haastattelemilleni henkilöille olen antanut peitenimet, jotta heidän henkilöllisyytensä pysyy salattuna. Haastateltavien tulokset olen käynyt läpi teemoittain ja suorittanut jokaisen kohdalla vertailun RAVA- indeksin ja haastattelun välillä. Lisäksi tarkastelen haastatteluissa esille tulleita asioita, jotka liittyvät haastateltavien toimintakykyyn.

6.1 Anni

RAVA- indeksi 1,96. Kotihoidon käynti on kerran päivässä seitsemän kertaa viikossa.

RAVA- mittari: Annin näkö on heikko, mikä tarkoittaa sitä, että näkö on heikentynyt ja rajoittunut myös apuvälinein ja Anni tarvitsee ohjausta vieraassa ympäristössä. Kuulo on alentunut, mutta hän kuulee korotetun ja selkeän puheen tai käyttää apuvälinettä. Puhe on selvää ja ymmärrettävää.

Haastattelussa käy selville, että Annin näkö on todella huono. Hän itse sanoo.

”Maailma on ihan pimeä, en tunne ihmisiä jos ne ei sano nimeä tai tunne äänestä.”

Suurin syy avuntarpeeseensa on hänen mielestään näkö, koska sokeus on lähes täydellistä. Huonon näön vuoksi hän ei esim. kulje enää asioilla kodin ulkopuolella. Haastattelun aikana ei tutkijan tarvitse korottaa puheääntä ja rouvan puhe on aivan selkeää.

RAVA- mittari: Liikkuminen Annilla on epävarmaa ja hän tarvitsee tuekseen esim. kepin. Rakon ja suolen toiminnot ovat normaalit eli Anni tiedostaa tarpeen, ei kastele eikä tuhri. Syömisessä hän tarvitsee ohjausta, ruoka on annosteltava ja asetettava eteen. Pukeutuminen itsenäisesti, jolloin Anni tiedostaa pukeutumistarpeen ja pukeutuu asianmukaisesti. Peseytymisessä hän tarvitsee avustajan apua osittain tai kokonaan.

Anni liikkuu sisätiloissa joskus kepin kanssa, mutta usein myös ilman keppiä. Ulos lähtiessä apuna on rollaattori. Rakon toiminnassa hänellä ei ole vaikeuksia, mutta suolen toiminta on joskus laiskahkoa ja siihen täytyy silloin käyttää lääkettä. Syömisessä Anni selviytyy itsenäisestikin, laittaa tällä hetkellä jopa ruokansa itse. Kotihoidon aamukäynnin yhteydessä hän ottaa vastaan tarjotun avun ja nauttii valmiiksi tehdyn aamupalan. Pukeutuminen sujuu itsenäisesti, mutta mielialojen mukaan hän ottaa myös apua vastaan. Peseytymisessä Anni saa apua niin, että aamupesut hän suorittaa kotihoidon työntekijän avustamana ja kerran viikossa hän saa apua saunareissuun. Itse peseytymiseen hän ei tarvitsisi apua mutta omaiset ovat varoitelleet menemästä yksin suihkuun. Anni kertoo kuitenkin joskus niin tehneensä.

RAVA- mittari: Lääkitys on valvottava ja tällöin avustaja jakaa lääkkeitä ja varmistaa että ne tulee otetuksi.

Lääkityksen hoitamiseksi Anni kertoo saavansa kotihoidolta apua. Lääkkeet annetaan aamutoimien yhteydessä ja illan lääkkeitä hänelle laitetaan valmiiksi liuskaan, mistä hän ne sitten itse ottaa.

RAVA- mittari: Muisti on Annilla lievästi alentunut. Hän tietää missä ollaan, mutta vanhat asiat muistuvat mieleen paremmin kuin viimeaikaiset.

Haastattelussa ei tule ilmi, että Annilla olisi muistin alentumaa. Hän kertoo ottavansa iltalääkkeensä itse, samoin hän kertoo raha-asoidensa hoituvan suoraveloituksella. Joitain asioita Anni kertoo unohtavansa, mutta esimerkiksi päivätoiminnan tietokilpailussa hän oli päihittänyt kaikki muut osallistujat.

RAVA- mittari: Psyykeltään Anni on asiallinen ja tasapainoinen sekä kommunikoi muiden kanssa.

Haastateltaessa Anni on asiallinen ja tiedostaa hyvin esim. raha-asiat ja heikentyneen näkökyvyn asettamat rajoitteet. Hän kertoo vielä pärjäävänsä hyvin jalkojen ja järjen puolesta.

Vertailtaessa RAVA- mittarin ja haastattelun tuloksia käy selville, että suurimmat erot näiden tuloksien välillä on kuulon, lääkityksen ja muistin kohdalla. Haastattelu tehtiin normaalilla puheäänellä, lääkityksen ei tarvinnut olla valvottua ja muisti tuntui toimivan niin nykyisissä kuin vanhoissakin asioissa hyvin. Erikoisuutena voisi mainita että Annin RAVA- indeksiin ei mitenkään vaikuta hänen erittäin huono näkönsä, koska näkökyvyn painokerroin tulosta laskettaessa on nolla.

Huono näkö ei niinkään hankaloita Annin selviytymistä kotona tutussa ympäristössä päivittäisistä toiminnoista, vaan ongelmat alkavat kun kodista pitää lähteä ulos. Ulkoilu rajoittuu edestakaiseen liikkumiseen pihatiellä, koska sen pidemmälle hän ei uskalla eksymisen pelossa lähteä. Kaikki asiointi hoituu pojan toimesta, koska juuri heikon näön vuoksi Anni ei kulje asioilla itse. Turvattomuutta hän ei kotonaan tunne mutta joskus tuntuu yksinäiseltä. Lähes kaikki ikätoverit ja tuttavat ovat kuolleet. Joitain tuttavilla on, jotka pitävät päivittäin yhteyttä puhelimitse. Poika ja miniä käyvät vähintään kerran päivässä. Ilman näitä yhteydenottoja hän ei selviäisi. Hengellisten asioiden käsittely on Annille hivenen epämiellyttävää. Hän ei mielellään avaudu niissä asioissa vieraille, eikä näin ollen kaipaa diakonissan vierailuja.

6.2 Hilma

RAVA- indeksi 2,39. Kotihoidon käynti on 5 – 6 viikon välein.

RAVA- mittari: Hilman näkö on normaali. Hän kuulee normaalin puheen ilman apuvälinettä ja tuottaa selvää sekä ymmärrettävää puhetta.

Haastattelussa Hilma kertoo näkevänsä toisina päivinä hyvin ja liittää sen yleiseen jaksamiseensa. Hän kuuntelee radiota ja katselee televisiota, mutta kertoo huonokuuloisuuden häiritsevän silloin kun puhutaan paljon tai useampi henkilö puhuu yhtä aikaa.

RAVA- mittari: Hänen liikkumisensa on itsenäistä kävelytelineen avulla. Rakon ja suolen toiminnot ovat normaalit eli Hilma tiedostaa tarpeen, ei kastele eikä tuhri. Syömisessä hän tarvitsee ohjausta, ruoka on annosteltava ja asetettava eteen. Pukeutumisessa ja peseytymisessä hän tarvitsee avustajan apua osin tai täysin.

Hilma kertoo haastattelussa liikkuvansa sisätiloissa rollaattorin avulla, mutta hän tarvitsee apua seisomaan noustessa. Ilman telinettä hän ei pysy pystyssä ja ulkona liikkumiseen tarvitsee pyörätuolin sekä tyttären työntäjäksi. Rakon ja suolen toiminnot ovat normaalit, mutta yöastialle siirtymiseen ja vessassa käymiseen hän tarvitsee apua. Ruokailu sujuu itsenäisesti, mutta Hilma tarvitsee apua ruoan asettelemiseksi lautaselle. Ruoan valmistamisen kertoo olevan täysin toisten hommia ja vaan syöminen omaa tekemistä. Pukeutumisessa hän tarvitsee runsaasti apua. Esimerkkinä kertoo, että pusero laitetaan päälle hiha kerrallaan ja sitten vasta pään yli. Vertaa sitä itseen pukemiseen ja auttamiseen. Peseytymisessä avustaa tytär ja itse Hilma kertoo pesevänsä kasvonsa ja käsivartensa.

RAVA- mittari: Lääkitys on valvottava ja tällöin avustaja jakaa lääkkeitä ja varmistaa että ne tulee otetuksi.

Haastattelussa käy selville, että sisar huolehtii täysin lääkkeistä ja antaa ne ohjeiden mukaan Hilmalle.

RAVA- mittari: Hilma muistaa menneet ja tulevat sekä on aikaan ja paikkaan orientoitunut.

Haastattelussa Hilma kertoo muistamattomuuden häiritsevän aika vähän hänen toimintaansa. Joskus käy niin, että nimet unohtuvat ja vuosiluvut eivät enää jää mieleen. Hyvin hän kuitenkin osaa kertoa minkä näköisiä tabletteja hänellä on ja kuinka monta niitä kuuluu milloinkin ottaa.

RAVA- mittari: Psyykeltään Hilma on asiallinen ja tasapainoinen sekä kommunikoi muiden kanssa.

Psyyke vaikuttaa haastattelussakin asialliselta. Hilma tiedostaa hyvin sen, ettei selviytyisi yksin päivittäisistä toimistaan ja tarvitsee siihen apua.

Verrattaessa RAVA- mittarin ja haastattelun antamia tuloksia, ei mitään kovin suuria eroja ollut havaittavissa. Kuulon suhteen Hilma itse oli sitä mieltä, että se ei enää ole normaali. Liikkumisesta keskusteltaessa selviää, että hän liikkuu rollaattorilla mutta ei kykene itse nousemaan ylös sängystä ja tarvitsee koko ajan vierellä avustajan varmistamassa kulkuaan.

Hankalimmaksi Hilma kokee sen, että hän ei voi runsaan huimaamisen vuoksi liikkua itsenäisesti rollaattorin avulla. Asioinnin kodin ulkopuolella hoitaa tytär. Hilma ei ole koskaan yksin, koska omaishoitaja on läsnä jatkuvasti. Lisäksi lapset käyvät lähes päivittäin. Haastateltaessa hän sanoo, että ilman noita lasten vierailuja ei elämästä tulisi mitään. Hoitajana toimiva sisar on jo niin iäkäs, että kumpikaan heistä ei selviytyisi ilman apua esimerkiksi pyykkihuollosta ja siivouksista. Hilma kertoo hengellisten tarpeiden tulevan hyvin tyydytetyiksi radion ja television sekä seurakunnan henkilökunnan kotikäyntien muodossa.

6.3 Paavo

RAVA- indeksi 2,68. Kotihoito ei käy kuin tarvittaessa kutsuttuna.

RAVA- mittari: Paavon näkö on normaali. Hän kuulee normaalin puheen ilman apuvälinettä ja tuottaa selvää sekä ymmärrettävää puhetta.

Haastattelussa ei tule ilmi mitään normaalista poikkeavaa näön, kuulon ja puheen suhteen.

RAVA- mittari: Paavo liikkuu itsenäisesti pyörätuolilla ja siirtyy siihen itsenäisesti. Hän ei tunnista virtsaamisen tarvetta, mutta suolen toiminta on normaali eli hän tunnistaa tarpeen ja käy WC- tuolissa. Syömisessä hän tarvitsee ohjausta, ruoka on annosteltava ja asetettava eteen. Pukeutumisessa ja peseytymisessä hän tarvitsee avustajan apua osin tai täysin.

Haastattelussa Paavo kertoo liikkuvansa sisätiloissa itsenäisesti pyörätuolillaan. Ulkona hän ei kipeytyneen käden vuoksi pysty itse kelaamaan pyörätuoliaan. Ulkoilu on nykyään yksin mahdotonta, koska hän ei enää pääse itsenäisesti siirtymään ulkoa sisätiloihin vaikeutuneiden tuolin vaihtojen vuoksi. Siirtyminen sängystä pyörätuoliin vaatii nykyään sen, että vaimo on varmistamassa siirtymisen turvallisuuden. Virtsa erittyy tyhjennettävään pussiin, mutta ulostamisen tarpeen Paavo tiedostaa ja ne tarpeet hän hoitaa vessassa. Ruokailut sujuvat itsenäisesti ja tarvittaessa hän saa lämmitettyä ruoan kattilassa sekä keitettyä itselleen kahvit. Pukeutumisessa hän tarvitsee apua. Ylävartalon hän saa puettua itsenäisesti, mutta alavartalon vaatettamisessa tarvitsee apua. Peseytymisestä keskusteltaessa käy ilmi, että hiukset, hampaat ja ylävartalon Paavo pesee itse. Alaraajat pesee vaimo ja samoin tapahtuu pesun jälkeinen kuivaus. Osa kuivaamisesta tehdään vasta vuoteessa, koska siellä on helpompi kääntyillä ja kuivata sekä hoitaa kaikki paikat.

RAVA- mittari: Avustaja jakaa lääkkeitä annostelijaan, josta Paavo ottaa ne itse.

Lääkityksen hoitaa vaimo, joka jakaa lääkkeitä annostelijaan. Tästä annostelijasta Paavo osaa ja muistaa ne tarvittaessa ottaa. Ylimääräiset särkylääkkeet hän ottaa itse suoraan lääkepurkista.

RAVA- mittari: Hän muistaa menneet ja tulevat sekä on aikaan ja paikkaan orientoitunut.

Kysyttäessä Paavo ei ainakaan koe muistinsa heikentyneen. Johtuuko sitten muistista vai täydellisestä luottamuksesta vaimon lääkkeiden jakokykyyn mutta jossakin vai-

heessa haastattelua selviää, ettei hän välttämättä kaipaisi puuttuvia lääkkeitä. Ainoastaan isommat tabletit kertoo muistavansa. Jotkut nimet unohtuvat helposti tai eivät kerta kaikkiaan tule mieleen.

RAVA- mittari: Psyykeltään Paavo on asiallinen ja tasapainoinen sekä kommunikoi muiden kanssa.

Haastattelussa ei tule esiin psyyken ongelmia. Vaikuttaa siltä, että Paavo on hyvinkin tietoinen tilanteestaan ja kertoo olevansa ulkomaailmaan yhteydessä paljon puhelimen välityksellä.

”Se on ainoa henkireikä.”

Haastattelu- ja RAVA- mittarin tulosten vertailussa suurin ero tulee esiin päivittäisissä toiminnoissa liikkumisen ja syömisen osioissa. Vaikka Paavo liikkuu pyörätuolilla itsenäisesti ja siirtyy siihen itsenäisesti, on vaimon oltava turvaamassa siirtymiset. Haastattelussa käy ilmi, että vaimon lähtiessä asioille jää Paavo aina vuoteeseen.

”Sänkyyn kun hinautuu eikä sieltä lähde liikkeelle silloin kun vaimo on pois, niin sitten ei ole mitään ongelmia.”

Syömisessä ja ruokailussa hän ei tarvitse niin paljon apua mitä RAVA- mittarin tulosten perusteella voisi arvioida. Esimerkiksi kahvin keittäminen ja ruoan lämmittäminen sujuvat täysin itsenäisesti.

Ympäristön esteellisyys rajoittaa selvästi Paavon toimintakykyä. Haastattelussa hän kertoo, että pyörätuolilla ei ole mahdollista päästä itsenäisesti ulos eikä sieltä takaisin sisälle. Pankkiasiansa hän hoitaa nettipankissa. Tarpeen vaatiessa kodin ulkopuolelle liikkuminen tapahtuu INVA- taksilla. Paavon sukulaiset asuvat eri paikkakunnalla ja heihin hän on yhteydessä päivittäin. Tuttavat käyvät katsomassa usein. Yksin jäädessään hänen pitää olla lukkojen takana, koska ei tarvittaessa pysty suojautumaan sisään tulijoilta.

6.4 Reino

RAVA- indeksi 3,02. Kotihoidon käynti on kerran kuukaudessa.

RAVA- mittari: Tuloksissa Reino näkee normaalisti ja kuulee normaalin puheen ilman apuvälinettä. Puheen tuottaminen on epäselvää eli puhe voi olla puuromaista, sammaltavaa, takeltelevaa tai sanoista voi puuttua osia.

Haastattelu Reinon kanssa onnistuu hyvin. Näössä ja kuulossa ei ole poikkeamia mutta puhe on ajoittain epäselvää johtuen toispuoleisesta halvauksesta ja suupielen roikkumisesta.

RAVA- mittari: Reino liikkuu pyörätuolilla ja tarvitsee 1-2 avustajaa pyörätuoliin siirtymisessä. Rakon ja suolen toiminnoissa hän tiedostaa tarpeen, ei kastele eikä tuhri. Syömisessä hän tarvitsee ohjausta, ruoka on annosteltava ja asetettava eteen. Pukeutumisessa ja peseytymisessä hän tarvitsee avustajan apua osin tai täysin.

Haastattelussa Reino kertoo, että ilman pyörätuolia hän ei pysty liikkumaan lainkaan, yhtään askelta hän ei pysty ottamaan ja pyörätuoliin hän ei pääse itsenäisesti. Virtsaaminen tapahtuu pääasiallisesti pulloon, jonka vaimo tyhjentää ja suolen toiminta hoituu WC-tuolilla. Reino syö itse, mutta vaimo laittaa ruoan valmiiksi pöydälle. Usein vaimo myös annostelee ruoan lautaselle. Reino kertoo pukeutuvansa hyvin harvoin täydellisesti, ehkä noin kerran kuukaudessa ulos mennessä. Niin pukeutuminen kuin riisuminenkin on vaikeata ja ilman apua siitä ei oikein tulisi mitään. Peseytymisessä vaimo on apuna. Itse hän kertoo pesevänsä pään ja posket, muut pesee vaimo. Partansa hän saa ajettua.

RAVA- mittari: Lääkitys on valvottava ja tällöin avustaja jakaa lääkkeitä ja varmistaa että ne tulee otetuksi.

Reino kertoo haastateltaessa itse ottavansa lääkkeitä kupista, kun vaimo on ne siihen annostellut. Itse hän ei käsitä mitä lääkkeitä syö, mutta joitakin lääkkeitä hän tunnistaa esim. sydänlääkkeen ja nesteenoistolääkkeen.

RAVA- mittari: Hän muistaa menneet ja tulevat sekä on aikaan ja paikkaan orientoitunut.

Haastattelussa Reino muistaa saaneensa edellisellä sairaalakäynnillä lääkkeisiinsä lisää yhden nesteenpoistotabletin. Itse hän kuitenkin kokee muistinsa heikentyneen, koska muistaa paremmin vanhoja asioita kuin nykyisiä. Jonkin verran muistamattomuus tuntuu haittaavan, koska hän sanoo.

”Vähän lapsellisia asioita tulee mieleen enkä oikein pysy asiassa. Vanhat asiat tulee mieleen paremmin kuin uudet. Semmoset vanhat kun on eletty hevoskaudella ja alkuun tehtiin. Häiritsee hiukan muittenkin olemista kun en pysy asiassa vaan mennee asian viereen.”

RAVA- mittari: Psyykeltään hän on asiallinen ja tasapainoinen sekä kommunikoi muiden kanssa.

Haastattelun aikana Reino on asiallinen ja tuntuu tietävän sekä ymmärtävän vaikeita-kin asioita nykyisessä elämässään. Hän on esimerkiksi hyvin tietoinen tilanteestaan ja selviytymisestään yksin kotona mikäli vaimo jostakin syystä joutuisi sairaalaan.

Vertailtaessa RAVA- mittarin ja haastattelun tuloksia, löytyy eroavaisuuksia liikkumisessa ja muistissa. Haastattelu selventää Reinon selviytymistä liikkumisessaan eli hän ei kykene itsenäisesti liikkumaan pyörätuolillaan edes sisätiloissa. Muistinsa kokee heikentyneen ja se tuntuu haittaavan häntä itseään melkoisesti.

Ympäristönsä esteellisyyden vuoksi esimerkiksi ulkoilu pyörätuolilla on hankalaa ja siksi ulkoilu rajoittuu vain noin yhteen kertaan kuukaudessa. Asiointi kodin ulkopuolella on Reinolta täysin jäänyt, vaimo hoitaa kaikki asiat. Vaikka vaimolla on ajokortti ja talossa on oma auto, ei hän pääse tavalliseen autoon istumaan. Ainut vaihtoehto liikkumiselle kodin ulkopuolelle on INVA- taksi. Turvattomuutta tai yksinäisyyttä hän ei ole koskaan kokenut. Lapset soittavat ja käyvät useita kertoja viikon aikana. Mikäli omaishoitajana toimiva vaimo joutuisi itse sairaalaan, käy haastattelussa selväksi, ettei Reino selviäisi kotona päivääkään yksinään. Omakotitalo, missä he asuvat, sijaitsee haja-asutusalueella ja asunnon muutostöitä ei ole kovinkaan laajasti tehty. Vessanpytty esim. on niin matala, että siitä ei ole mahdollista nousta asiainnin jälkeen ylös.

6.5 Veera

RAVA- indeksi 2,1. Kotihoidon käynti on kolme kertaa päivässä seitsemänä päivänä viikossa.

RAVA- mittari: Veera näkee normaalisti ja kuulee normaalin puheen ilman apuvälinettä. Hänen tuottamansa puhe on selvää ja ymmärrettävää.

Haastattelussa ei tule esille näön, kuulon ja puheen suhteen mitään poikkeavaa.

RAVA- mittari: Veera liikkuu itsenäisesti pyörätuolilla ja siirtyy siihen itsenäisesti. Rakon ja suolen toiminnoissa hän tiedostaa tarpeen, ei kastele eikä tuhri. Syöminen on itsenäistä eli hän tiedostaa näläntunteen, ottaa ruoan itse jääkaapista ja annostelee lautaselle sekä syö ilman apua. Pukeutumisessa ja peseytymisessä Veeraa tarvitsee avustajan apua osin tai täysin.

Veera itse kertoo liikkuvansa itsenäisesti pyörätuolilla ja kykenee myös siirtymään pyörätuoliin itsenäisesti. Rakon ja suolen toiminta on myös normaalia, mutta pyörätuolilla liikkuminen tuo omat hankaluutensa WC asiointiin. Öisin hänellä on käytössä yöastia, joka tuodaan sängyn viereen. Astian tyhjennyksestä huolehtivat kotihoidon työntekijät.

RAVA- mittari: Avustaja jakaa lääkkeitä annostelijaan, josta Veera ottaa ne itse.

Haastattelun aikana käy selville että Veeralla on lääkkeitä otettavaksi viisi kertaa päivässä. Kotihoidon työntekijä laittaa ne pieneen lääkelasiin, josta Veera ottaa ne itsenäisesti päivän aikana. Aina hän ei kuitenkaan muista lääkkeitä ottaa.

RAVA- mittari: Hän muistaa menneet ja tulevat sekä on aikaan ja paikkaan orientoitunut.

Haastattelussa Veera muistaa hyvin nykyhetkeä koskevia asioita, esimerkiksi sen että ateriapalvelusta tuodaan ruoka viitenä päivänä viikossa. Lääkkeiden ottamisessa sen sijaan hän kokee unohtevansa lääkkeitä, vaikka ne on laitettu valmiiksi lääkelasei-

hin. Veera on sitä mieltä, että hänen muistinsa alkoi heiketä pitkän sairaalajakson loppupuolella. Hän haluaisi muistinsa tutkittavan jollakin testillä ja se myös hänelle luvataan järjestää kotihoidon toimesta.

RAVA- mittari: Psykeltään hän on asiallinen ja tasapainoinen sekä kommunikoi muiden kanssa.

Haastattelussa käy ilmi, että Veera on psykeltään tasapainoinen ja vastaa kysymyksiin asiallisesti. Hänelle on itselleen hyvin selvää toimintakykynsä rajoitteet.

Vertailtaessa Veeran omaa mielipidettä RAVA- mittarin tuloksiin käy selville, että isoimmat erot ovat lääkityksessä ja muistitoiminnoissa. Molemmat erot johtuvat Veeran mielestä hänen heikentyneestä muististaan. Lääkkeitä jää ottamatta kun kuukaan ei ole annostelua valvomassa.

Ympäristönsä esteellisyyden vuoksi Veeran asiointi kodin ulkopuolella on sairaalasta tulon jälkeen rajoittunut muutama kertaan. Asunto sijaitsee hissittömän kerrostalon toisessa kerroksessa ja ainut keino liikkua asunnon ulkopuolella on avun pyytäminen sellaiselta henkilöltä, joka hallitsee pyörätuolilla kulkemisen rapuissa. Haastattelussa käy selville, että INVA- taksin kuljettaja on ollut avustamassa ja kyyditsemässä Veeraa asioille. Vaikka liikkuminen kodin ulkopuolella on erittäin harvinaista, ei hän koe olevansa mitenkään eristyksissä tai yksinäinen. Pikemminkin hän kertoo kaipaavansa omaa rauhaa. Päivittäin lapset ovat yhteydessä puhelimitse, vaikka Veera on heillekin kertonut pärjäävänsä. Diakonissan kotikäyntiä hän on kaivannut. Sairaalassa ollessa hän oli kaksi kertaa ollut niin huonona, että oli pyytänyt tavata pastoria. Suurin ongelma Veeran omasta mielestä ovat lonkkanivelen puuttuminen ja ankarat kivut.

7 JOHTOPÄÄTÖKSET

RAVA- toimintakykymittarin ja haastatteluissa saatujen toimintakykytietojen erot eivät kenenkään tutkimukseen osallistujan kohdalla olleet mitenkään huomattavan

suuria. Päivittäisten toimintojen teemassa ja nimenomaan pukeutumisen ja peseytymisen osioissa saatiin haastattelujen perusteella tarkempaa tietoa haastateltavan toimintakyvystä mitä RAVA- mittarin tulos kertoi. Psykyen arviointiin RAVA- mittarin kysymyksessä on käytettävissä seitsemän eri vaihtoehtoa. Vertailtaessa asiakkaan omia kokemuksia mittarin antamiin vaihtoehtoihin, huomasin mittarin vaihtoehtojen olevan välillä päällekkäisiä ja toisaalta hyvin rajoittuneita.

Ympäristötekijöiden vaikutusta asiakkaan toimintakykyyn ei RAVA- mittarissa ole huomioitu niin, että ne vaikuttaisivat asiakkaan RAVA- indeksiin. Haastattelussa kaikki haastateltavat toivat esille ympäristön aiheuttamia esteellisyyksiä toiminnalleen. Neljän haastateltavan kohdalla nämä esteellisyydet liittyivät päivittäisiin toimintoihin ja kodin ulkopuolisen asioinnin hankaloitumiseen. Yhden haastateltavan erittäin huono näkö rajoitti hänen toimintakykyään ja esti sekä hänen päivittäisiä toimintojaan että sosiaalista osallistumistaan.

RAVA- indeksin ilmoittama valvotun/säännöllisen kotihoidon tarve on ristiriidassa tutkittavien tämän hetkisiin tilanteisiin ja omakohtaiseen kokemukseen verrattuna. Vain kaksi haastatelluista on säännöllisen kotihoidon palveluiden piirissä ja kolme tulee toimeen omaishoitajan turvin. Tutkimustulosten perusteella tulee RAVA- indeksin lisäksi havainnoida asiakkaan sen hetkistä toimintakykyä. Myös ympäristötekijöiden vaikutukset asiakkaan toimintakykyyn on huomioitava toimintakykymittausta tehtäessä.

8 POHDINTA

Valtakunnallisten tavoitteiden mukaan ikäihmisten tulisi asua mahdollisimman pitkään kotona tai kodinomaisissa olosuhteissa. Opinnäytetyöni tulosten analysointivaiheessa mietin, kuinka hyvin viranomaistahot kykenevät arvioimaan ikääntyvien ihmisten palveluntarvetta. Toimintakyvyn mittaaminen on hyvä apu tuossa arvioinnissa, mutta riittääkö pelkkää fyysisen toimintakyvyn arviointi perusteeksi asumismuodon valinnassa tai palveluiden tarvekartoituksessa. Mahdollisimman kattavan käsi-

tyksen saamiseksi, joudumme jatkossakin käyttämään useampia testejä ja mittareita samanaikaisesti.

Äetsän vanhustenhuollon toimintastrategiassa toimenpiteiden ratkaisuvaihtoehdot, joita kunnan yli 75-vuotiaiden ja erityisesti yli 85-vuotiaiden asukkaiden määrän lisääntyminen vuoteen 2010 mennessä vaatii, perustuvat RAVA- indeksiin, väestöennusteeseen ja valtakunnallisiin suosituksiin (Äetsän kunnan vanhustenhuollon toimintastrategia vuoteen 2010 2004, 10). Samalla tavalla RAVA- indeksiin perustuvat omaishoidon tuen maksuluokat. Kuinka tasapuolisesti omaishoitajille maksetaan palkkio heidän tekemästään työstä, jos hoidettavan toimintakykyä mitataan ainoastaan tällä hetkellä käytössä olevalla RAVA- toimintakykymittarilla? Tutkimustulosteni pohjalta vaikuttaa, että yksistään RAVA- mittarista saadun tuloksen perusteella en olisi valmis arvioimaan omaishoidettavan avun tarvetta. Laaja-alaisempi toimintakyvyn mittaaminen toisi arviointiin luotettavuutta ja arviot olisivat enemmän vertailukelpoisia keskenään. Omaishoidon tukea myönnettäessä ei toimintakykymittari saisi olla epäoikeudenmukainen, vaan tuloksien tulee olla realistisia kaikissa tilanteissa. Samansuuntaisia johtopäätöksiä on saatu Pirkanmaalla tehdyssä selvityksessä, jossa varsinkin ikääntyvien palvelutarvetta kartoitettaessa suositellaan tietoja täydentämään dementiatesteihin ja tarkastelemaan henkilön sosiaalista verkostoa ja asuinoloja (Valtonen ym. 2001, 43).

Aikaisempia tutkimuksia, joissa olisi vertailtu RAVA- indeksiä asiakkaan omaan mielipiteeseen toimintakyvystään, en löytänyt. Tampereella on kuitenkin tehty selvitys, jossa esitellään erilaisia toimintakykymittareita ja verrataan niitä RAVA- indeksiin. Suositukseksi tehdyssä selvityksessä on annettu, että sama yksikkö käyttäisi järjestelmällisesti yhtä ja samaa mittaria vuodesta toiseen. Tällöin pidemmän aikavälin vertailu antaa enemmän tietoa. Lisäksi suositeltiin, että Suomessa ei käytettäisi niin useita mittareita mitä tällä hetkellä. Samoihin mittareihin keskittäminen helpottaisi koko Suomea kattavien vertailujen tekemistä ja antaisi paremman yleiskuvan Suomessa vallitsevasta tilanteesta. (Ikääntyneiden toimintakykymittarit ja sairaaloiden hoitoisuusluokitukset 2000, 2-3.) Nämä selvityksen suositukset tuovat esille juuri niitä samoja asioita, joita oman työni tulosten pohdiskelu toi mieleeni. Äetsän kotihoidon käyttämä RAVA- mittari on valtakunnallisesti paljon käytetty, joten sillä ta-

valla kotihoitomme asiakkaiden toimintakykyä on helppo verrata valtakuntamme muiden kuntien kotihoitojen asiakkaiden toimintakykyyn.

Samaisessa Tampereella tehdyssä selvityksessä kiinnitettiin huomiota siihen, että RAVA- indeksiä laskettaessa eri kohdat saavat erilaisia painoarvoja, mutta huomattavaa on että näkö, kuulo ja lääkitys saavat painoarvon nolla. Nimenomaan tähän olisi selvityksessä haluttu muutosta. (Ikääntyneiden toimintakykymittarit ja sairaaloiden hoitoisuusluokitukset 2000, 10.) Esimerkiksi voisin hyvin ottaa haastattelemani Annin, jonka näkökyky on todella heikko ja sen vaikutus toimintakykyyn ilmeinen. Kuitenkaan RAVA- indeksi ei huonone, vaikka asiakas olisi melkein toimintakyvytön oudossa ympäristössä ja tutussakin ympäristössä heikentynyt näkökyky estää Annia toimimasta haluamallaan tavalla. Muistin tutkimuksen tueksi kaipasinkin jotakin täysin muistiin keskittynyttä mittaria. Haastattelun yhteydessä muistia pystyi arvioimaan käydyn keskustelun pohjalta mutta siitä ei saanut tarkempaa mitattavaa tietoa. Samanlaisia havaintoja on tehty aikaisemmassa tutkimuksessa, jonka johtopäätöksissä on kehoitus selventävien toimintakykymittareiden käyttöön (Valtonen 2002, 43).

Oulussa vanhustenhuollon suunnitelman tarkistus käynnisti alueellisen vanhustyön ITTE- projektin. Yksi projektin osatavoitteista oli kehittää ja käyttöönottaa yhtenäisen toimintakykymittari ikääntyvien toimintakyvyn arviointiin ja seuraamiseen avo- ja laitoshoidossa (Väänänen-Sainio, Lotvonen & Heikkinen-Vainio 2002, 4). Yhtenäisen toimintakykymittarin löytymisen todettiin kuitenkin projektin edetessä olevan liian hankala tehtävä. Projektissa otettiin erilaisten kokeilujen jälkeen käyttöön Barthel- asteikko, IADL- indeksi ja RAVA- indeksi. Lisäksi psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä kartoitettiin haastatteleamalla vapaamuotoisesti asiakasta, hänen omaisiaan ja työntekijöitä. Lomakkeet liitettiin potilaspapereihin ja tiedot päivitettiin hoito- ja palvelusuunnitelmiin. Yksi loppuraportin jatkotoimenpide-ehdotus oli koulutuksen järjestäminen ikääntyneen toimintakyvyn arvioinnista ja tukemisesta. (Väänänen-Sainio ym. 2002, 12.) Oman opinnäytetyöni haastatteluja tehdessäni nämä oululaisen ITTE- projektin johtopäätökset muistuvat mieleeni. RAVA- toimintakykymittari on helppokäyttöinen ja nopea täyttää mutta mikäli luotettavan kuvan saamiseksi asiakkaasta on täytettävä useita arviointilomakkeita hankaloittaa se dokumentointia ja nykyisessä tietoyhteiskunnassa niiden ylimääräisten lomakkeiden arkistointi aiheuttaa tarpeetonta lisätyötä.

Tutkimuskysymykseeni onnistuin tutkimuksen tuloksia analysoidessani vastaamaan. Vastauksen löytyminen ei mielestäni ollut helppoa. Analysointivaiheessa jouduin useasti palaamaan tutkimuskysymykseni pariin ja haastattelujen sisältöjen teemoittelu ja analysointi teettivät töitä. Palasin useita kertoja etsimään teoreettista pohjaa laadullisen tutkimuksen tekemisestä pystyäkseeni hahmottamaan tutkimustyöni etenemistä.

Tutkimustyöni tulokset vaikuttavat työhöni Äetsän kotihoidossa siten, että asiakkaiden toimintakykyä arvioidessani otan huomioon aikaisempaa laajemman toimintakyvyn käsitteen. Käytännön työssä olin jo kokenut, että RAVA- toimintakykymittari ei välttämättä yksinään ole kovinkaan tarkka kuvaamaan asiakkaan toimintakykyä. Lisäksi sen antama informaatio esimerkiksi uudelle työntekijälle ei ole paras mahdollinen. Asiakkaan toimintakyvystä ei saa kovinkaan laaja-alaista käsitystä RAVA- mittarin tuloksia lukemalla. Kotihoidon työntekijän odotetaan palvelevan asiakastaan laadukkaasti kuntouttavalla työotteella. Tähän haasteeseen on mahdollista vastata, jos käytössämme olisi laaja-alainen toimintakykymittari.

LÄHTEET

- Hallituksen strategia-asiakirja 2007. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 18/2007.
- Heikkinen, E. & Marin, M. (toim.) 2002. Vanhuuden voimavarat. Vammala. Vammalan Kirjapaino Oy.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. Keuruu. Otavan Kirjapaino Oy.
- Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. 2008. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:3.
- Ikääntyneiden toimintakykymittarit ja sairaaloiden hoitoisuusluokitukset. Vertailua RAVA- indeksiin. 2000. Tampereen kaupungin sosiaali- ja terveystoimen selvityksiä 4/2000.
- Jyrkämä, J. 2003. Ikääntyminen, toimintakyky ja toimintatilanteet. Teoksessa Marin, M. & Hakonen, S. (toim.) Seniori- ja vanhustyö arjen kulttuurissa. Juva. WS Bookwell Oy, 94-103.
- Järvikoski, A. & Härkäpää, K. 2006. Kuntoutuksen perusteet. Helsinki. WSOY.
- Kautto, M. (toim.) 2006. Suomalaisten hyvinvointi 2006. Vaajakoski. Gummerus Kirjapaino Oy.
- Kivelä, S. 2006. Geriatriksen hoidon ja vanhustyön kehittäminen, Selvityshenkilön raportti. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2006:30.
- L 2.12.2005/937. Laki omaishoidon tuesta.
- Päivärinta, E. & Haverinen, R. 2002. Ikäihmisten hoito- ja palvelusuunnitelma. Opas työntekijöille ja palveluista vastaaville. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskuksen julkaisuja.
- Rissanen, L. 1999. Vanhenevien ihmisten kotona selviytyminen. Yli 65-vuotiaiden terveys, toimintakyky ja sosiaali- ja terveyspalvelujen koettu tarve. Oulu.
- Seutukunnalliset omaishoidontuen myöntämiskriteerit [verkkodokumentti]. [Tulostettu 9.12.2008]. Saatavissa: [http://www.saspe.fi/kotihoito,vanhainkodit ja vuodeosastot/omaishoidontuki](http://www.saspe.fi/kotihoito,vanhainkodit_ja_vuodeosastot/omaishoidontuki)
- Sjöholm, M., Talvinko, T. & Paunio, P. 2005. Suurten kaupunkien 4. RAVA- tutkimus. Ikääntyneiden toimintakyky ja avuntarve. Qualisan 2005.
- Syrjälä, L., Ahonen, S., Syrjäläinen, E. & Saari, S. 1996. Laadullisen tutkimuksen työtapoja. Rauma. Kirjapaino Oy West Point.

Talo, S. (toim.) 2001. Toimintakyky- viitekehystä arviointiin ja mittaamiseen. KELA. Sosiaali- ja terveysturvan katsauksia 49.

Talo, S. 1997a. Olettamuksista strukturoituun malliin. Kuntoutus 20 (1), 4-12.

Talo, S. 1997b. Strkturoidusta mallista arviointitapahtumaan: Toimintakyvyn fyysiset edellytykset. Kuntoutus 20 (3), 3-20.

Talo, S. 1997c. Strukturoidusta mallista arviointitapahtumaan: Toimintakyvyn psyykkiset edellytykset. Kuntoutus 20 (2), 3-17.

Talo, S. 1997d. Strukturoidusta mallista arviointitapahtumaan: Toimintakyvyn sosiaaliset edellytykset. Kuntoutus 20 (4), 3-17.

Tilvis, R. & Sourander, L. 1993. Geriatria. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy.

Vaarama, M., Luomahaara, J., Peiponen, A. & Voutilainen, P. 2002. Koko kunta ikääntyneiden asialle. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus raporteja 259•2001. Saarijärvi. Gummerus Kirjapaino Oy.

Valtonen, L. 2002. RAVA- toimintakykymittari. Opas sisältöön ja käyttöön. Helsinki. Kuntatalon paino.

Valtonen, L., Lahtinen, Y. & Paunio, P. 2001. Pirkanmaan alueen kuntien RAVA- selvitys 2001: Ikääntyneiden toimintakyvyn vertailua hoitomuodoittain. Suomen Kuntaliitto. Helsinki. Kuntatalon painatuskeskus.

Voutilainen, P. & Vaarama, M. 2005. Toimintakykymittareiden käyttö ikääntyneiden palvelutarpeen arvioinnissa. Sosiaali- ja terveysministeriön raporteja 7/2005.

Voutilainen, P., Vaarama, M., Backman, K., Paasivaara, L., Eloniemi-Sulkava, U., & Finne-Soveri, H. (toim.) 2002. Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Opas laatuun. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus oppaita 49. Saarijärvi. Gummerus Kirjapaino Oy.

Välikangas, K. 2006. Kuntien toiminta ikääntyneiden kotona asumisen ja palveluiden kehittämisessä. Ympäristöministeriö. Suomen ympäristö 21/2006.

Väänänen-Sainio, R., Lotvonen, S. & Heikkinen-Vainio, M. 2002. Ikääntyvien toimintakyvyn tukeminen ja edistäminen. Alueellisen vanhustyön ITTE- projektin loppuraportti. Oulun kaupungin sosiaali- ja terveystoimi, alueellinen vanhustyö, Oulu 2002.

Äetsän kunnan vanhustenhuollon toimintastrategia vuoteen 2010 [verkkodokumentti]. [Tulostettu 13.5.2008]. Saatavissa: <http://www.aetsa.fi/palvelut/perusturvatoimi/kotipalvelut>

Kunta		Alue koodeineen		
Asumismuoto (rasti oikean vaihtoehdon eteen)	Koti	Palveluasunto	Vanhainkoti	Vuodeosasto
	Omakotitalo			
	Rivitalo			
	Kerrostalo			
Asuu	Yksin	Yhdessä kanssa		
Hoitoisuus/kotona pärjääminen				
(rasti sopivaan kohden janaa)				
<div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> 0 2 4 6 8 10 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> Erittäin helppo/ hyvä Erittäin raskas/ huono </div>				
1. Näkö	1	Normaali (silmälasien kanssa tai ilman, ei häiritse päivittäisiä toimintoja)		
	2	Heikko , myös apuvälineitä käyttäen, tarvitsee opastusta oudossa ympäristössä		
	3	Sokea		
2. Kuulo	1	Normaali , kuulee normaalin puheen ilman apuvälineitä		
	2	Alentunut , apuväline käytössä tai kuulee vain korotetun, selkeän puheen		
	3	Kuuro		
3. Puhe	1	Normaali , tuottaa selvää, ymmärrettävää puhetta		
	2	Epäselvä , puuromainen, sammaltava, takelteleva, osia sanoista puuttuu		
	3	Afasia , sanojen merkitys väärä, ei löydä oikeita sanoja, puhekyvytön		
4. Liikkuminen	1	Normaali , kävelee omatoimisesti ilman apuvälineitä (kävelykeppi sallitaan)		
	2	Epävarma , horjahtelua, tarvitsee tukea esim. kolmipistekeppi		
	3	Telinekävelijä , tarvitsee liikkumiseen kävelytelineen tai kaksi tukikeppiä		
	4	Itsenäinen pyörätuolilla , omatoiminen pyörätuolilla, siirtyy itsenäisesti		
	5	Talutettava , ei löydä kohteita, ei pysty turvallisesti liikkumaan apuvälinein		
	6	Kaatuileva , apuvälineistä huolimatta kaatuilua toistuvasti		
	7	Nostettava pyörätuoliin 1-2 henkilön avustamana		
	8	Vuodepotilas , potilas hoidetaan vuoteeseen		
5. Virtsa	1	Normaali , tunnistaa virtsaamistarpeen, ei kastele		
	2	Kasteleva , ei tunnista virtsaamistarvetta tai ei pysty pidättämään virtsaa		
	3	Katetri , virtsaa katetrin kautta		
6. Uloste	1	Normaali , tunnistaa tarpeen, ulostaminen wc:ssä/wc-tuolissa, ei tuhuri		
	2	Alle , ei hallitse suoltaan, ei tiedosta tarvetta, uloste alle / vaippaan		
	3	Tuhriva , puutetta pidätyskyvyssä, sotkee ulosteen kanssa paikkoja		
	4	Toimitettava , suoli toimii harvoin ilman lääkkeitä tai peräruiskeita		
7. Syöminen	1	Itse , tiedostaa nälkänsä, ottaa lautaselle, pilkkoo ja syö ruuan ilman apua		
	2	Autettava , tarvitsee ohjausta, ruoka asetettava ja pilkottava lautaselle		
	3	Letkuruokinta , syöminen ja nieleminen ei onnistu, nenämahaletkuruokinta		
	4	Syötettävä , täysin autettava ruokailussa, saattaa tiedostaa nälän		
8. Lääke	1	Itse , ei tarvitse valvontaa, annostelee ja ottaa itse lääkkeensä		
	2	Autettava , lääkkeet jaetaan dosettiin / annosmukiin, joista henkilö ottaa ne itse		
	3	Valvottava , lääkkeet jaetaan ja varmistetaan, että henkilö ottaa ja nielee ne		
9. Pukeutuminen	1	Itse , tiedostaa pukeutumistarpeen, omatoimisesti pukeutuu asianmukaisesti		
	2	Autettava , osin tai täysin autettava pukeutumisessa		
10. Peseytyminen	1	Itse , tiedostaa peseytymistarpeen, omatoiminen pesuissa (apua esim. selkä)		
	2	Autettava , täysin tai osin autettava pesuissa (mm. jalkojen pesussa apua)		
11. Muisti	1	Normaali , aikaan ja paikkaan orientoitunut, muistaa menneet ja tulevat, MMSE 25-30		
	2	Alentunut , muistaa menneet paremmin kuin nyk., tietää, missä ollaan, MMSE 12-24		
	3	Muistamaton , ei tiedä aikaa/paikkaan, ihmisten tunteminen vaikeaa, MMSE 11 tai alle		
12. Psyky / käytös	1	Normaali , asiallinen, tasapainoinen, kommunikoi muiden kanssa		
	2	Masentunut , allapäin, haluton kaikkeen, eristäytyy, haluaa kuolla, itkee usein		
	3	Aggressiivinen , lyö, kiroilee, vastustaa hoitotoimenpiteitä jne.		
	4	Sekava , ei tiedä aikaa, paikkaa, harhainen, epäasiallinen käytös / puhe		
	5	Häiritsevä , äänekäs, häiritsee ympäristöään, herättää negatiivisia tunteita		
	6	Harhaileva , eksyy normaalissa ympäristössään, kuljeskelee jatkuvasti, karkaillee		
	7	Kontaktikyvytön , henkilöhön ei saa järkevää kontaktia, syvä dementia / tajuton		

Taulukko 1. RaVa-arviointilomake

	Estimaatti	Pr > T	
Pohjaluku	-0,1840	0.0098	
1. Näkö	0		Normaali (silmläslasien kanssa tai ilman), ei haittaa päivittäisiä toimia
	0		Heikko, myös apuvälineitä käyttäen, tarvitsee opastusta oudossa ympäristössä
	0		Sokea
2. Kuulo	0		Normaali, kuulee normaalin puheen ilman apuvälineitä
	0		Alentunut, apuväline käytössä tai kuulee vain korotetun, selkeän puheen
	0		Kuuro
3. Puhe	0.1211	0.0001	Normaali, tuottaa selvää, ymmärrettävää puhetta
	0.2422		Epäselvä, puuromainen, samnaltava, takelteleva, osia sanoista puuttuu
	0.2422		Afasia, sanojen merkitys väärä, ei löydä oikeita sanoja, puhekyvytön
4. Liike	0		Normaali, kävelee omatoimisesti ilman apuvälineitä (kävelykeppi sallitaan)
	0		Epävarma, horjahtelua, tarvitsee tukea esim. kolmipistekeppi
	0		Telinekävelijä, tarvitsee liikkumiseen kävelytelineen tai kaksi tukikeppiä
	0		Itsenäinen pyörätuolilla, omatoiminen pyörätuolilla, siirtyä omatoimisesti
	0.2400	0.0001	Talutettava, ei löydä kohteita, ei pysty turvallisesti liikkumaan apuvälinein
			Kaatuilu, apuvälineistä huolimatta kaatuilua toistuvasti
	0.5093	0.0001	Nostettava pyörätuoliin, 1-2 avustajaa/nostettava pyörätuoliin
5. Virtsa	0.2899	0.0001	Normaali, tunnistaa virtsaamistarpeen, ei kastele
	0.5798		Kastelu, ei tunnista virtsaamisen tarvetta tai ei pysty pidättämään virtsaa
6. Uloste	0.1162	0.0013	Normaali, tunnistaa tarpeen, ulostaminen WC:ssä/WC-tuolissa, ei tuhri
	0.2324		Alle, ei hallitse suoltaan, ei tiedosta tarvetta, uloste alle/vaippaan
7. Syöminen			Tuhriva, pautetta pidätyskyvyssä, sotkee ulosteen kanssa paikkoja
			Toimitettava, suoli toimii harvoin ilman lääkkeitä tai peräruiskeita
	0		Itse, tiedostaa nälkänsä, ottaa lautaselle, pilkkoo ja syö ruoan ilman apua
8. Lääke	0.2848	0.0001	Autettava, tarvitsee ohjausta, ruoka asetettava ja pilkottava lautaselle
	0.3913	0.0001	Leikuruokinta, syöminen ja nieleminen ei onnistu, nenämahaleikuruokinta
			Syötettävä, Täysin autettava ruokailussa, saattaa tiedostaa nälän
9. Pukeutuminen	0		Itse, ei tarvitse valvontaa, annostelee ja ottaa itse lääkkeensä
	0		Autettava, lääkkeet jaetaan dosettiin/annosmukiin, joista potilas ottaa itse
	0		Valvottava, lääkkeet jaetaan ja varmistetaan, että potilas ottaa ja nielee ne
10. Peseytyminen	0.5577	0.0001	Itse, tiedostaa pukeutumistarpeen, omatoimisesti pukeutuu asianmukaisesti
	1.1154		Autettava, osin tai täysin autettava pukeutumisessa
11. Muisti	0.2604	0.0001	Itse, tiedostaa peseytymistarpeen, omatoiminen pesuissa (apua esim. selkä)
	0.5208		Autettava, täysin tai osittain autettava pesuissa (mm. jalkojen pesussa apua)
12. Psyky/ käytös	0.1300	0.0001	Normaali, aikaan ja paikkaan orientoitunut, muistaa menneet ja nykyiset
	0.2600		Alentunut, muistaa vanhat asiat paremmin kuin nykyiset, tietää, missä ollaan
	0.3900		Muistamaton, ei orientoitunut aikaan/paikkaan, ihmisten tunteminen vaikeaa
12. Psyky/ käytös	0		Normaali, asiallinen, tasapainoinen, kommunikoi muiden kanssa
	0.0459	0.2621	Masentunut, allapäin, haluton kaikkeen, eristäytyy, haluaa kuolla, itkee usein
	0.2319	0.0001	Aggressiivinen, lyö, kiroilee, vastustaa hoitotoimenpiteitä yms. Sekava, ei tiedä aikaa, paikkaa, harhainen, epäasiallinen käytös/puhe Häiritsevä, äänekäs, häiritsee ympäristöään, herättää negatiivisia tunteita Harhailuva, eksyy normaali ympäristönsään, kuljeskelee jatkuvasti, karkailua Kontaktikyvytön, henkilöön ei saa järkevää kontaktia, syvä dementia/tajuton

Tarja Virta

TUTKIMUSLUPA-ANOMUS

23.6.2008

Perusturvajohtaja

Leena Alavilo

Äetsän kunta

[REDACTED]

[REDACTED]

Opiskelen työni ohella Satakunnan ammattikorkeakoulussa sosiaali- ja terveystieteiden Porin yksikössä kuntoutusohjauksen ja – suunnittelun koulutusohjelmassa. Opinnäytetyössäni vertailen Äetsän kotihoidon käytössä olevan toimintakykymittarin antamia tuloksia asiakkaan toimintakyvystä ja asiakkaan omia kokemuksia toimintakyvystään. Ohessa tutkimussuunnitelma.

Tarkoitukseni on opinnäytetyötäni varten haastatella kotihoidon asiakkaita. Haastateltavan asiakkaan henkilöllisyys pysyy salassa koko tutkimuksen ajan ja tiedot ovat luottamuksellisia. Asiakkaiden osallistuminen tutkimukseen on täysin vapaaehtoista ja pyydän siihen heiltä itseltään kirjallisen luvan ohessa olevan lomakkeen avulla.

Pyydän lupaa saada toteuttaa tutkimukseni kesän 2008 aikana. Opinnäytetyötäni ohjaavat terveydenhuollon lehtorit Sirpa Saaristo ja Merja Sallinen Satakunnan ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveystieteiden Porin yksiköstä p: 02-6203000.

Kunnioittavasti

Tarja Virta

kuntoutusohjauksen ja – suunnittelun opiskelija

Opinnäytetyö/ Tarja Virta, kuntoutusohjauksen ja – suunnittelun koulutusohjelma,
Satakunnan ammattikorkeakoulu; ohjaajina Sirpa Saaristo ja Merja Sallinen

SUOSTUMUS TUTKIMUKSEEN

Tämä on kirjallinen sopimus kuntoutusohjauksen ja – suunnittelun (AMK) opinnäytetyönä tehtävään tutkimukseen. Tutkimuksen aiheena on ”Mitä kertoo RAVA- indeksi kotihoidon asiakkaan toimintakyvystä ja mikä on asiakkaan oma käsitys”.

Tutkimuksen aikana tulen haastattelemaan kotihoidon asiakkaana olevia henkilöitä. Tutkimuksen eettisenä tavoitteena on, ettei tutkimus millään tavalla vahingoita haastateltavia asiakkaita. Tunnistettavuuden estämiseksi tutkija tulee kiinnittämään erityistä huomiota. Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista.

Paikka ja aika

25. 6. 2008

Asiakkaan allekirjoitus

K. Virta vs perusturva johtaja

HAASTATTELU

1. Kertoisitteko kuinka selviydte jokapäiväisistä toiminnoista.

Mikäli jokin seuraavista jää mainitsematta, niin kysy!

- liikkuminen;
- syöminen;
- lääkkeiden käyttö;
- pukeutuminen;
- peseytyminen;
- virtaaminen;
- ulostaminen;

Mikäli jossakin kohdissa oli vaikeuksia, niin mikä aiheuttaa ongelman?

2. Kertoisitteko kuinka selviydte jokapäiväisistä kodin töistä.

- ruoan valmistukseen liittyvät asiat;
- kodin siisteys;

3. Kuinka selviydte asioinnista kodin ulkopuolella?

Mikäli on jotakin vaikeuksia, niin miksi?

4. Koetteko koskaan kotona turvattomuutta tai yksinäisyyttä?

Miksi?

5. Kuinka usein tuttavat/sukulaiset/läheiset pitävät teihin yhteyttä, joko käymällä luonanne tai soittamalla teille?

6. Miten selviäisitte jos noita yhteydenottoja ei olisi?

7. Haittaako muistamattomuus omasta mielestänne toimintaanne?

Jos haittaa, niin miten?

8. Onko teillä sellaista hengellisyyden tarvetta, jota ei olisi tyydytetty?

Mitä se on?

Opinnäytetyö/ Tarja Virta, kuntoutusohjauksen ja – suunnittelun koulutusohjelma,
Satakunnan ammattikorkeakoulu; ohjaajina Sirpa Saaristo ja Merja Sallinen

SUOSTUMUS TUTKIMUKSEEN

Tämä on kirjallinen sopimus kuntoutusohjauksen ja – suunnittelun (AMK) opinnäytetyönä tehtävään tutkimukseen. Tutkimuksen aiheena on ”Mitä kertoo RAVA- indeksi kotihoidon asiakkaan toimintakyvystä ja mikä on asiakkaan oma käsitys”.

Tutkimuksen aikana tulen haastattelemaan kotihoidon asiakkaana olevia henkilöitä. Tutkimuksen eettisenä tavoitteena on, ettei tutkimus millään tavalla vahingoita haastateltavia asiakkaita. Tunnistettavuuden estämiseksi tutkija tulee kiinnittämään erityistä huomiota. Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista.

Paikka ja aika

Asiakkaan allekirjoitus

Esimerkkejä toimintakykyarviota varten

1. Näkö

Normaali

- näkee kauas ja lähelle ilman silmälaseja tai silmälaseja käyttäen
- näkökyky ei häiritse päivittäisiä toimia

Heikko

- näkö on heikentynyt ja rajoittunut myös apuvälinein
- ohjauksen tarve vieraassa ympäristössä

Sokea

- näkö niin huono, että omin avuin liikkuminen onnistuu vain tunnustelemalla

2. Kuulo

Normaali

- kuulee normaalin puheen ilman apuvälinettä

Alentunut

- kuulee korotetun ja selkeän puheen tai käytössä on apuväline

Kuuro

3. Puhe

Normaali

- tuottaa selvää, ymmärrettävää puhetta

Epäselvä

- puhe on puuromainen, sammaltava
- takelteleva puhe
- sanoista puuttuu osia

Afasia

- sanojen merkitys on väärä
- ei löydä oikeita sanoja
- puhetta on vaikea ymmärtää
- puhekyvytön

4. Liikkuminen

Normaali

- liikkuu itsenäisesti ilman apuvälineitä

Epävarma

- liikkuminen on horjahtelevaa tai tasapainotonta
- tarvitsee tueksi esim. kepin

Telinekävelijä

- liikkuminen on itsenäistä kävelytelineen avulla
- tarvitsee liikkumiseen kävelytelineen tai kaksi tukikeppiä

Itsenäinen pyörätuolilla

- liikkuu itsenäisesti pyörätuolin avulla
- siirtyy tuoliin itsenäisesti

Talutettava

- tarvitsee liikkumisessa avustajan
- ei pysty turvallisesti liikkumaan yksin apuvälinein
- talutettava tai ei löydä kohteita

- esimerkiksi dementoitunut tai sokea, joka liikkuu mutta ei osaa mennä esim. huoneeseensa

Kaatuileva

- tasapainoton
- apuvälineistä huolimatta kaatuilee toistuvasti

Nostettava pyörätuoliin

- tarvitsee 1 – 2 avustajaa pyörätuoliin siirtymisessä

Vuodepotilas

- potilas hoidetaan täysin vuoteeseen

5. Rakon toiminta

Normaali

- tunnistaa virtsaamistarpeen, ei kastele tai jos kastelee vaihtaa itse vaipat
- itsensä katetroiva

Kasteleva

- ei tunnista virtsaamisen tarvetta
- pidätyskyvytön

Katetri

- virtsaa katetrin kautta
- hoitajan katetroitava

6. Suolen toiminta

Normaali

- tunnistaa ulostamisen tarpeen
- ei tuhri
- käy WC:ssä ja/tai ulostaa WC- tuolissa
- itsensä hoitava avannepotilas, joka ei tarvitse hoitajan apua

Alle

- ei hallitse suoltaan
- ei tiedosta ulostamisen tarvetta
- ulostaa alleen tai vaippaan

Tuhriva

- puutetta pidätyskyvyssä
- sotkee ulosteen kanssa itseään ja/tai ympäristöään

Toimitettava

- suoli toimii harvoin spontaanisti ilman peräruisketta
- potilas, jonka suoliavanteen hoitaa avustaja/hoitaja

7. Syöminen

Itsenäisesti

- tiedostaa nälän tunteen
- annostelee ruoan itse, ottaa itse ruoan (jää)kaapista tai ateriapalvelun tuomasta laatikosta lautaselle
- syö ruoan ilman apua

Autettava

- tarvitsee ohjausta syömisessä
- ruoka annosteltava ja asetettava eteen

Letkuruokinta

- syöminen ei onnistu
- ruokinta nenämahaletkun avulla
- ravintoliuos ja nesteet annetaan suonensisäisesti

Syötettävä

- täysin autettava ruokailussa ja nesteen annossa
- saattaa tiedostaa nälän

8. Lääke

Itsenäisesti

- ei tarvitse valvontaa, annostelee ja ottaa itse lääkkeensä, pistää itse esim. insuliini injektiot
- ei tarvitse lääkkeitä

Autettava

- hoitaja jakaa lääkkeet lääkeannostelijaan tai annosmukiin, josta asiakas ottaa ne itse
- hoitaja vetää insuliinin ruiskuun tai lataa kynän, asiakas itse pistää insuliinin

Valvottava

- hoitaja tai avustaja jakaa lääkkeet ja varmistaa, että asiakas ottaa ja nielee ne
- hoitaja pistää injektiot
- lääkkeiden antamisessa käytetään lääke/kipupumppua

9. Pukeutuminen

Itsenäisesti

- tiedostaa pukeutumistarpeen
- pukeutuu itsenäisesti ja asianmukaisesti

Autettava

- tarvitsee pukeutumisessa hoitajan tai avustajan apua osin tai täysin puettava

10. Peseytyminen

Itsenäisesti

- tiedostaa peseytymistarpeen
- peseytyy itsenäisesti
- saattaa tarvita apua selän pesussa

Autettava

- tarvitsee avustajan apua peseytymisessä
- ei pysty tai ei halua peseytyä itse
- osittain tai täysin autettava (mm. jalkojen pesussa)

11. Muisti

Normaali

- tietää ajan ja paikan
- muistaa menneet ja nykyiset tapahtumat (apuna voi käyttää mm. MMSE testiä, MMSE 25 tai yli)

Alentunut

- muisti on selvästi alentunut
- muistaa vanhat asiat paremmin kuin viimeaikaiset

- tietää missä ollaan (MMSE 12 – 24)

Muistamaton

- muisti on voimakkaasti rajoittunut
- ei tiedä aikaa ja paikkaa
- ihmisten tunteminen vaikeaa (MMSE 11 tai alle)

12. Psykke

Normaali

- asiallinen, tasapainoinen
- kommunikoi muiden kanssa
- käyttää mielialalääkettä, jonka avulla tilanne on tasapainossa

Masentunut

- masentunut
- allapäin
- haluton kaikkeen, aloitekyvytön
- eristäytyy
- itkee usein
- haluaa kuolla

Agressiivinen

- lyö
- kiroilee
- vastustelea hoitotoimenpiteitä yms.

Sekava

- ei tiedä aikaa eikä paikkaa
- epäasiallinen puhe ja/tai käytös (esim.näkö- tai kuuloharhainen)
- ei kykene hoitamaan itsenäisesti arkipäivän asioitaan

Häiritsevä

- äänekäs, häiritsee ympäristöään
- herättää negatiivisia tunteita
- levoton

Harhaileva

- harhailee
- eksyy normaalissa ympäristössään
- kuljeskelee kaiken aikaa
- karkailee

Kontaktikyvytön

- henkilöön ei saa järkevää kontaktia
- syvä dementia tai tajuton

RAVA- toimintakykymittari. Opas sisältöön ja käyttöön. Suomen Kuntaliitto. Helsinki. 2002. s. 17 – 20.